

# ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

## DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,  
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin Inspecteur des eaux d'Uriage,  
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine,  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP

Chirurgien de l'hôpital du Midi,  
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la rédaction :

Dr P. MERKLEN

Les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* paraissent mensuellement le 25 de chaque mois.

Chaque numéro forme environ 5 feuilles avec planches et figures dans le texte.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 30 fr. ; — Départements et Union postale, 32 fr.

TOME IX. — N° 5.

25 mai 1898.

### SOMMAIRE.

Mémoires originaux : I. Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique, par H. HALLOPEAU.

II. De la dermatite herpétiforme de Dühring (*suite*), par L. BROCO.

Brevet de faits : I. Deux cas de dermatite herpétiforme de Dühring, par TENNESON et G. LYON.

II. Cas de syphilis pigmentaire généralisée, par MAURICE DOYON.

Revue de dermatologie : I. Contribution à la doctrine de l'infection tuberculeuse, par LESER. — II. Du tubercule anatomique, par POLLOSSON. — III. Tuberculose cutanée, par LYOT et GAUTIER. — IV. Combinaison du lupus avec le cancer, par MINELLI. — V. Cancroïdes cutanés par A. BROCA. — VI. Recherches sur la physiologie et la pathologie du pigment de la peau, par EHRMANN. — VII. Lésions de la peau dans la mélanodermie congénitale, et dans le nævus pigmentaire circonscrit par VARIOT. — VIII. Mélanosarcome de la région dorsale, par REVERDIN et MAYON. — IX. Tumeurs et infiltrations mélaniques de la peau et de divers organes, par PARRÉ. — X. Mélanosarcome de la peau avec généralisation, par BOULAY. — XI. Sarcome cutané : guérison après deux ablations, par DEFONTAINE. — XII. Néoplasme remarquable de la peau, par DENT. — XIII. Destruction des papillomes, des nævi pigmentaires et des poils par E. CARPENTER. — XIV. Tumeur érectile traitée par l'électrolyse, par MAYON. — XV. Vergetures du thorax, par GILBERT. — XVI. Vergetures chez les épileptiques, par E. ARMOUR. — XVII. Vergetures chez un phthisique; lésions de la peau, par TROISIER et MÉNÉTRIÉR. — XVIII. Altérations du réseau élastique de la peau au niveau des vergetures, par TROISIER et MÉNÉTRIÉR.

Variétés.

PARIS

G. MASSON ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCCLXXXVIII

AVIS. — Les auteurs des Mémoires originaux insérés dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail, tirés en sus, sans aucunement ni changement de pagination. — Il n'est pas fait de tirages à pari.

G. MASSON, ÉDITEUR, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120, PARIS.

---

LA  
**SYPHILIS ET LA PROSTITUTION**

DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'HYGIÈNE, LA MORALE ET LA LOI

**Par M. le D<sup>r</sup> H. MIREUR**

Adjoint au Maire de Marseille, Président de la Société nationale de Médecine, etc.

2<sup>e</sup> édition. 1 fort vol. grand in-8° de 476 pages

*Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine (Prix Vernois, 1887) . . . 5 fr.*

---

**PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS**

**Par M. le D<sup>r</sup> ALFRED FOURNIER**

Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital St-Louis

Rapport à l'Académie de Médecine. Une brochure in-8° . . . . . 1 fr. 50

---

**DOCUMENTS STATISTIQUES**

**SUR**

**LES SOURCES DE LA SYPHILIS**

**CHEZ LA FEMME**

**Syphilis des femmes mariées. — Syphilis imméritées**

**Par M. le D<sup>r</sup> ALFRED FOURNIER**

Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin de l'hôpital St-Louis

Rapport à l'Académie de Médecine. Une brochure in-8° . . . . . 1 fr. 50

---

ON

5 fr.

LIS

50

LIS

50





## TRAVAUX ORIGINAUX.

## MÉMOIRES.

## I

SUR UNE FORME VÉGÉTANTE ET ATROPHIQUE  
DE PEMPHIGUS IODIQUE,Par **H. HALLOPEAU**,

Agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Les modes de réaction que peuvent provoquer dans l'organisme humain les substances étrangères à sa constitution qui y pénètrent accidentellement ou comme médicaments sont, à juste titre, considérés comme très variables; si, en effet, ils se rapportent, dans la grande majorité des cas, à un petit nombre de types bien déterminés et faciles à reconnaître, ils se présentent parfois sous une forme tellement insolite qu'ils surprennent les médecins les plus expérimentés et peuvent conduire à de lourdes erreurs de diagnostic et, ce qui est plus grave, de thérapeutique.

Il suffit de parcourir les publications récentes de Mistress Bradley (1) de M. Prince A. Morrow (2) ou le traité de M. Hardy (3) pour se convaincre qu'il en est ainsi pour l'iode et ses dérivés. Nous avons nous-même antérieurement contribué à faire connaître plusieurs des accidents qu'ils peuvent anormalement provoquer (4), et particulièrement les nodosités douloureuses sous-dermiques qui simulent des tumeurs gommeuses ou des nodosités rhumatismales, et les éruptions pemphigoides à contenu concret. On doit à M. E. Besnier la description d'une acné anthracôïde d'origine iodique (5) et à M. Fournier une remarquable étude sur le purpura iodique (6).

(1) ELISABETH BRADLEY. L'iodisme. (Thèse de Paris 1887.)

(2) PRINCE A.-MORROW. *Drug Eruptions*. New-York 1888.

(3) A. HARDY. Traité des maladies de la peau. Paris, 1886, page 183.

(4) H. HALLOPEAU. Des éruptions pemphigoides d'origine iodique. (*Bulletins de la société des hôpitaux* 1881).—Sur deux manifestations rares de l'iodisme (*Bulletins de la société de thérapeutique* 1883.)(5) E. BESNIER. Un cas d'éruption bulleuse due à l'iodure de potassium. — Un cas d'éruption anthracôïde due au même agent. (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie* 1887).(6) A. FOURNIER. Du purpura iodique. (*Revue mensuelle de médecine* 1877.)

La dermatose que nous venons d'observer chez un malade de notre service et qui fait l'objet de ce travail prend place parmi les affections pemphigoides. *Elle a différé de toutes celles dont les observations ont été publiées jusqu'ici par la production, consécutivement aux bulles, de cicatrices déprimées et de végétations condylomateuses, par les déformations qui en sont résultées et par les graves lésions oculaires qui se sont développées concurremment.* Pour faire mieux ressortir l'intérêt qu'a présenté son histoire clinique, nous montrerons d'abord le malade tel qu'il s'est offert à notre observation, constituant un problème des plus difficiles à résoudre ; nous indiquerons ensuite comment nous sommes arrivé, par l'étude des phénomènes qui se sont produits sous nos yeux et des antécédents, à reconnaître la nature de son affection ; nous essayerons, en terminant, de montrer les enseignements qui en résultent pour la connaissance de l'iodisme.

Le 1<sup>er</sup> octobre 1887, jour où nous reprenons, après une absence de deux mois, possession de notre service, M. Lobstein, qui remplit alors les fonctions d'interne, nous signale comme particulièrement intéressant le nommé H. C..., couché au n° 69 de la salle Bichat.

Agé de 48 ans, cuisinier de son état, c'est un petit homme grêle, de petite taille et de chétive apparence ; il est entré le 5 septembre, pour une éruption intéressant surtout la face et les membres supérieurs ; elle persiste encore aujourd'hui et défigure le malade. Elle est actuellement constituée par des dépressions cicatricielles que surmontent, en différents points de leur surface et surtout à leur pourtour, des végétations ; plusieurs d'entre elles sont recouvertes de croûtes. Elles occupent la plus grande partie de la face.

Leur forme est irrégulièrement arrondie ; leurs dimensions varient le plus souvent entre celles d'un grain de chènevis et celles d'un pois, et peuvent atteindre celle d'une pièce de cinquante centimes ; elles sont isolées ou groupées en surfaces polycycliques qui mesurent parfois plusieurs centimètres de diamètre. Les parties déprimées sont, les unes rosées ou violacées, les autres décolorées. Les végétations, disposées d'ordinaire circulairement autour des parties déprimées, sont de dimensions très variables ; beaucoup font une saillie de plusieurs millimètres ; les unes sont très fines et pédiculées, les autres offrent une grande ressemblance avec les condylomes vénériens. Leur coloration est le plus habituellement rosée.

La présence de croûtes en différents points indique que les lésions sont encore en activité.

L'examen des différentes parties de la face donne les résultats suivants : sur le front, on voit, au-dessus de l'œil gauche, une dépression polycyclique recouverte et entourée de végétations ; elle mesure environ trois centimètres de diamètre ; plus haut se trouve une croûte arrondie, d'un brun jaunâtre. Les paupières de l'œil droit sont le siège de dépressions cicatricielles et végétantes qui s'étendent sur la joue droite. Les mêmes lésions s'observent sur les arcades sourcilières, particulièrement à leur partie interne.

Le nez est très altéré et déformé ; toute la peau qui le recouvre présente un aspect cicatriciel comme vernissé et une coloration rosée. Sur sa partie

médiane, près de son lobule, on voit une croûte large et épaisse, d'un blanc jaunâtre; la partie inférieure de la cloison et le bord libre des narines sont épaissis; celles-ci semblent en même temps rétractées, de telle sorte que leur rebord est excavé, comme si elles avaient subi une perte de substance; leur aspect rappelle beaucoup celui qu'elles offrent dans certains lupus. La tuméfaction des parties jointe à leur rétraction gêne singulièrement l'entrée de l'air dans les fosses nasales.

Une bride cicatricielle saillante est tendue entre la racine du nez et la partie correspondante du front. Sur la lèvre supérieure, les saillies végétales sont relativement grosses et de coloration brunâtre, quelques-unes sont recouvertes de croûtes; si on enlève celles-ci, on constate que la peau sous-jacente est finement végétante. Sur tout le menton et la partie cutanée de la lèvre inférieure sont groupées de nombreuses végétations très confluentes et irrégulières.

Des lésions analogues existent sur la joue gauche, au-devant du pavillon de l'oreille; ce sont encore des cicatrices irrégulièrement circulaires entourées et surmontées de végétations; on en voit de semblables sur le pavillon de l'oreille gauche, où elles occupent surtout la partie antérieure du lobule et avancent sur la concavité de l'anthélix.

Une cicatrice semblable, avec saillies végétales, est située sur le côté gauche du cou.

Les ganglions cervicaux ne sont pas tuméfiés.

Sur la face dorsale de la main gauche, une cicatrice s'étend transversalement du bord radial au quatrième métacarpien, verticalement de la première phalange de l'annulaire au poignet; sa surface est violacée. Son rebord polycyclique est formé de végétations confluentes, plus volumineuses que celles de la face.

Sur le dos de l'avant-bras correspondant, on remarque trois cicatrices surmontées de végétations peu colorées, dont quelques-unes semblent translucides; elles simulent presque des vésicules, mais la piqure n'en fait pas sortir de liquide.

Au coude, on voit une cicatrice arrondie.

Sur le dos de la main droite est une large plaque cicatricielle, d'un rouge violacé, mesurant sept centimètres de diamètre. Elle atteint inférieurement les articulations métacarpo-phalangiennes et s'étend verticalement à trois travers de doigt au-dessus du poignet. Elle est limitée par un bord saillant, polycyclique, que constituent des végétations sessiles, recouvertes presque partout de croûtes. Dans l'aire ainsi circonscrite, se trouvent compris plusieurs cercles également limités par des bords végétants et croûteux (la pièce a été moulée par M. Baretta et figure au musée de l'hôpital Saint-Louis n° 1284).

L'avant-bras correspondant présente des lésions très analogues à celles que nous avons signalées du côté gauche.

Il existe sur le dos de la verge une cicatrice décolorée; elle s'est produite, d'après le dire du malade, consécutivement à une bulle.

Au niveau du coccyx, à la naissance du pli interfessier, se trouve une ulcération circulaire à bords nets; elle est recouverte de bourgeons charnus, elle mesure environ un centimètre de diamètre.

La langue est altérée, on y voit des sillons assez profonds qui, en s'entrecroisant, donnent à sa face dorsale un aspect mamelonné; sa surface est blanchâtre.

Les conjonctives sont injectées; du côté gauche, la cornée présente une

ulcération serpiginieuse avec staphylome et synéchie antérieure ; sa surface est transformée, dans la plus grande partie de son étendue, en une cicatrice opaque et vasculaire.

On note, à l'œil droit, un léger trouble de la partie supérieure de la cornée et une injection vive de la conjonctive.

Les urines contiennent une quantité notable d'albumine.

Le malade tousse souvent et expectore abondamment ; il a de la dyspnée et accuse des douleurs vagues dans les parois thoraciques. L'examen physique de la poitrine dénote une submatité nettement caractérisée dans les fosses sous-claviculaire et sus-épineuse du côté gauche ; dans la même région, l'on perçoit des râles humides et de la respiration soufflante ; dans toute l'étendue du thorax, on entend de nombreux râles sibilants et ronflants.

Si le diagnostic des lésions pulmonaires ne pouvait laisser de place au doute, l'affection cutanée soulevait au contraire les problèmes les plus difficiles. Nous nous trouvions en présence d'une éruption dont les caractères ne se rapportaient à aucune description classique. Nous savions, par le dire du malade et par les faits observés dans notre service même le mois précédent, que ces cicatrices et ces végétations s'étaient produites à la suite d'éruptions bulleuses ; mais quelle pouvait être la nature de ces éruptions ? Le malade ne donnait que des enseignements vagues, incomplets et souvent contradictoires sur ses antécédents. Il rapportait qu'il avait eu, vingt ans auparavant, un chancre induré, qu'il avait été soigné jadis pour des accidents syphilitiques, mais que son affection actuelle, de date récente, s'était développée dans le cours du mois d'août, pendant un séjour qu'il avait fait à l'hôpital Saint-Antoine.

En présence de phénomènes aussi insolites, nous avons dû montrer H. C... à nos collègues plus anciens de l'hôpital Saint-Louis, ainsi qu'à notre excellent maître M. le professeur Hardy ; tous nous déclarèrent n'avoir jamais rien observé de semblable ; l'un d'eux révoqua en doute les assertions du malade relativement à la date récente qu'il attribuait à ses accidents, et considéra comme très probable l'existence d'un lupus ancien avec des lésions surajoutées : nous verrons bientôt qu'il n'en était pas ainsi. D'autres pensèrent à une manifestation anormale de la syphilis ; le début par des bulles, les végétations consécutives, la confluence des lésions, l'acuité des poussées, rendaient ce diagnostic peu vraisemblable. Les élèves du service m'avaient donné, comme provenant de M. Brocq, le diagnostic de pemphigus végétant de Neumann ; mais notre collègue nous a déclaré qu'il ne s'était pas arrêté à cette opinion, qu'il avait d'emblée, ainsi que M. Besnier, soupçonné une éruption artificielle, et que les dénégations absolues du malade l'avaient fort surpris. Il a dû être possible, en effet, d'arriver à cette hypothèse, lorsque l'on s'est trouvé en présence des éruptions bulleuses en évolution, car elles ont des caractères tout particuliers ; mais la situation était toute diffé-

rente lorsque les lésions initiales avaient fait place soit à des croûtes, soit à des cicatrices surmontées de végétations; il en était ainsi lorsque nous avons examiné H. C... pour la première fois; nous avons dû constater qu'il n'existait dans la science aucun fait analogue; l'observation ultérieure du malade, jointe à l'étude attentive de ses antécédents, sur lesquels il ne renseignait que très incomplètement, pouvait seule permettre de découvrir la nature du mal; ce n'est pas sans difficultés que nous y sommes parvenu.

Dès le 4 octobre nous prescrivons à H. C..., en raison de sa syphilis antérieure, l'*iodure de potassium à la dose quotidienne d'un gramme*.

Le 8, *une bulle à contenu trouble apparaît sur le dos de la main gauche*; le liquide se concrète en une croûte autour de laquelle se forme un nouveau soulèvement bulleux; sur la face dorsale du poignet, on voit une bulle du volume d'un gros pois; sur la joue gauche, à la limite des lésions anciennes, se développe une traînée circulaire des mêmes éléments que remplit un liquide purulent.

Sur la face dorsale de la langue, près de sa pointe, l'épithélium est soulevé par un liquide puriforme.

A partir du 19 octobre, on cesse l'usage de l'iodure. Les bulles se sèchent et font place à des croûtes qui, au bout de quelques jours, tombent et laissent à leur place des cicatrices superficielles. L'état du malade reste ensuite stationnaire, les végétations s'éliminent en partie, celles qui persistent deviennent moins saillantes. Le malade accuse incessamment des sensations pénibles dans ses cicatrices. Le nez présente actuellement, dans la partie qui était recouverte de croûtes, des cicatrices brillantes, qui forment par places des saillies en forme de brides.

Le 11 novembre, pour répondre aux instances du malade, et aussi aux indications fournies par la syphilis ancienne, nous prescrivons de nouveau *un gramme d'iodure de potassium*.

Dès le 15 novembre (1), le malade est atteint d'une *fièvre intense*, sa température s'élève à 40°, il est agité et oppressé; une *éruption nouvelle* se fait sur la face dorsale de la langue; des *bulles circulaires*, du volume d'un pois, se sont développées sur la moitié droite de cet organe; l'épithélium soulevé est blanchâtre et comme macéré; en plusieurs points, il s'est détaché, et l'on voit des exulcérations à fond grisâtre, d'apparence couenneuse. Le malade accuse des douleurs vives dans ces parties.

Le 17, on voit sur la face dorsale des avant-bras une *vingtaine de bulles* hémisphériques, pleines, dures, du volume d'un pois; elles sont remplies d'un liquide trouble, épais et consistant; plusieurs siègent à la périphérie d'anciennes cicatrices, ce qui semble bien indiquer qu'il s'agit de lésions de même nature; l'une d'elles renferme du *sang* (le moulage de cette éruption, fait par M. Baretta, est au musée de l'hôpital Saint-Louis n° 1294).

Plusieurs de ces bulles sont à l'état naissant, et l'on peut en suivre le développement. Ce sont d'abord des papules hémisphériques, dures, non acuminées; bientôt elles deviennent translucides au centre et se remplissent d'un liquide d'abord louche, puis bientôt puriforme.

(1) Nous remercions M. Jeanselme du concours qu'il nous a prêté pour la rédaction de cette partie de notre observation.

Des éléments semblables se sont développés dans la barbe; ce sont des bulles d'un centimètre à un centimètre et demi de diamètre; quelques-unes sont ombiliquées au centre.

Dès le 18, on cesse l'administration de l'iodure potassique, le malade est soumis à un traitement par le sulfate de quinine, l'extrait thébaïque et l'alcool.

Le 18 novembre, plusieurs des bulles développées sur la face dorsale de la langue se sont réunies et, après s'être ouvertes, ont laissé une ulcération irrégulièrement arrondie, grisâtre et douloureuse.

Le contenu des bulles des avant-bras est devenu hémorrhagique. Entre les grosses bulles sont parsemés çà et là de petits groupes de cinq à dix vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, réunies les unes contre les autres; le tégument qui les entoure présente une coloration nettement érythémateuse.

C'était la deuxième fois que, sous nos yeux, la production de bulles et de troubles de la santé générale coïncidait avec la médication iodurée pour cesser avec elle. Il nous paraissait dès lors extrêmement probable qu'il s'agissait d'éruptions pathogénétiques. Le malade reconnaissait maintenant que, depuis longtemps, l'usage de l'iodure de potassium lui causait des éruptions bulleuses; mais il affirmait qu'elles s'éteignaient rapidement, sans entraîner jamais aucun inconvénient. Pour en avoir le cœur net, et dans l'intérêt même du malade qui, se sachant syphilitique, avait pour ainsi dire la manie de l'iodure, demandait sans cesse avec instance qu'on lui prescrivît ce médicament et devait être mis en garde à l'avenir contre les dangers qu'il lui faisait courir (nous verrons plus loin que cette précaution ne devait pas être inutile), nous le lui donnons une dernière fois, le 23 novembre, sous la forme de sirop de Gibert, à la dose d'une cuillerée à soupe, c'est-à-dire que le malade n'ingère quotidiennement que cinquante centigrammes d'iodure potassique. Nous nous promettons d'en cesser l'usage à la première alerte: dès le second jour, nous sommes contraint de le faire. Trente-six heures après l'ingestion de la première cuillerée, la face est rouge et tuméfiée, surtout au niveau des paupières; les conjonctives sont le siège de cuissons; il y a un coryza intense. Une réaction fébrile s'est produite en même temps qu'une poussée éruptive.

Le 25 novembre, on voit sur la face de nombreuses bulles hémisphériques, pour la plupart du volume d'un gros pois, remplies d'un liquide citrin; elles sont disposées en groupes de quatre à huit; sur la joue gauche, auprès de la zone végétante précédemment indiquée, un groupe de sept bulles formant une ligne sinueuse s'est développé. Le malade a de la diarrhée.

Le 26 novembre, la fièvre persiste; on remarque de nouvelles bulles.

Le 29 novembre, le pouls est encore accéléré; les éléments bulleux s'affaissent, surtout dans leur partie centrale, ils s'ombiliquent; en même temps leur contenu se modifie, il devient consistant, d'une couleur jaune verdâtre, semblable à du pus concret.



Le 28 novembre, la fièvre s'est éteinte, les bulles sont recouvertes de croûtes minces qui tombent au bout de quelques jours en laissant des cicatrices.

L'observation était concluante.

*Toute incertitude avait cessé relativement à la nature des éruptions bulleuses qui s'étaient succédé chez C...; il s'agissait en toute évidence d'accidents provoqués par l'ingestion de l'iodure de potassium. Il restait à démontrer que les cicatrices et les végétations si remarquables par leur disposition reconnaissent la même origine. L'étude attentive du malade nous a bientôt prouvé qu'il en était réellement ainsi. Nous avons vu, en effet, nettement les cicatrices consécutives aux bulles que nous avons eues sous les yeux lors de la dernière poussée devenir végétantes; il s'est développé à leur surface des saillies sessiles, petites, car leur volume ne dépassait pas celui d'une tête d'épingle, mais nettement caractérisées et semblables aux petites végétations que nous avons notées précédemment. Leur exiguïté ne peut surprendre si l'on considère que les bulles auxquelles elles avaient succédé s'étaient produites après l'ingestion de deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert. Nous allons voir que le malade avait été soumis antérieurement à des traitements prolongés par ce même médicament; l'on ne saurait s'étonner que son action pathogénétique se soit exercée alors avec plus de puissance et ait amené le développement de ces végétations beaucoup plus volumineuses qui contribuaient à donner à la physionomie de H. C... un aspect si étrange.*

Arrivé à établir un diagnostic précis, nous devons chercher à reconstituer l'histoire du malade, qu'il ne racontait que très imparfaitement, se contredisant fréquemment, signalant comme causes de son affection des incidents sans importance à cet égard, tels que sa revaccination à l'hôpital Saint-Antoine et l'usage d'un collyre irritant à Saint-Louis, et ne parlant pas des traitements iodurés qu'il a suivis. Nous y sommes parvenu, sinon complètement, du moins d'une manière suffisante pour être éclairé sur les conditions dans lesquelles s'est produite l'éruption médicamenteuse.

H. C... est né de parents bien portants; une de ses sœurs est morte phthisique; il a eu lui-même une bonne santé jusqu'en 1867, époque où il dit avoir eu sur le gland un chancre induré suivi de quelques accidents secondaires; en 1874, il aurait eu des syphilides buccales; depuis cette époque, il est entré plusieurs fois à l'hôpital pour des douleurs persistantes qui occupaient surtout les membres inférieurs et la région sacro-lombaire; on voit encore les cicatrices des pointes de feu qui ont été appliquées alors sur le trajet du rachis. Ces douleurs n'ont jamais complètement cessé. Il y a six ans, H. C... a été affecté d'une diplopie qui a duré cinq mois et a disparu pendant que le malade faisait usage de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de

deux grammes. Le malade dit, en outre, avoir eu, il y a huit ans, un eczéma des mains pour lequel il a reçu les soins de notre collègue Vidal; cette éruption a duré quatre mois et entraîné la chute des ongles.

Depuis un an, H. C... dit avoir beaucoup maigri; sa respiration est gênée; il éprouve presque constamment de la douleur dans le côté gauche du thorax. Pendant un séjour qu'il fait au mois de mai dernier dans le service de M. le professeur Fournier, on constate, à la percussion, de la submatité; à l'auscultation, la rudesse de la respiration aux deux sommets; pendant la toux, on perçoit des craquements à gauche. H. C... a quelques symptômes d'éthylisme; il souffre de pyrosis et a des pituites le matin; il accuse de vives douleurs dans le côté gauche de la face; elles sont en relation avec une crise dentaire accompagnée de nécrose partielle d'un alvéole.

M. Fournier considère le malade comme un tabétique; les signes qui conduisent à ce diagnostic sont: l'existence dans les membres de douleurs ordinairement vagues, mais présentant à certains moments un caractère fulgurant, une sensation fréquente de fourmillements et de froid dans les extrémités inférieures, de légères vacillations dans la station debout les yeux fermés, un peu d'incertitude pendant la marche dans l'obscurité, des étourdissements après les repas, des douleurs abdominales assez intenses pour que le malade réclame des injections de morphine, la diplopie antérieure, des troubles actuels de la vue consistant en un certain degré d'amblyopie, avec sensation d'abord de « papillon volant », puis d'un brouillard qui s'accroît progressivement, surtout à gauche, l'irrégularité des pupilles et la suppression des réflexes patellaires.

L'existence du tabès ne paraît plus aussi évidente pendant le séjour de notre malade dans notre service; les réflexes rotuliens sont faibles, mais perceptibles; les douleurs sont mal caractérisées, les troubles de la vue s'expliquent par les lésions iodiques de la conjonctive de la cornée. Nous constatons cependant, comme M. Fournier, que le malade oscille aussitôt qu'on le place dans la station debout les yeux fermés et les pieds rapprochés. Nous considérons le tabès comme probable, mais en tout cas comme fort peu avancé. H. C... est un névropathe dont les réponses sont souvent contradictoires; on ne peut guère tenir compte chez lui que des phénomènes purement objectifs.

Pour en arriver à l'histoire des éruptions qui ont plus particulièrement attiré notre attention, nous avons à résoudre une première question: *les lésions de la face étaient-elles toutes, conformément au dire du malade, d'origine récente, ou certaines d'entre elles, et particulièrement la déformation du nez, devaient-elles être rapportées, comme le soupçonnait un de nos collègues, à une date ancienne?*

Nous avons pu nous convaincre que le malade disait la vérité. Nous étant transporté dans l'hôtel où il exerçait son métier de cuisinier, nous y avons appris que *sa figure était intacte au moment où il est entré à Saint-Antoine*, c'est-à-dire le 10 août dernier; le fait nous a été confirmé par M. le D<sup>r</sup> Rueff, qui connaît le malade de longue date et l'a vu peu de temps avant son entrée à l'hôpital. Notre confrère nous a fourni en outre ce renseignement important que *le malade faisait depuis longtemps, pour*

combattre sa syphilis, un usage fréquent et excessif de l'iodure de potassium; naguère encore, il en avait un kilogramme dans sa chambre.

Les indications suivantes qu'ont bien voulu nous communiquer notre collègue M. Landrieux et son interne M. Lafitte sur les accidents présentés par le malade pendant son séjour à l'hôpital Saint-Antoine nous ont permis d'établir quelles ont été l'origine et l'évolution des éruptions actuelles.

H. C..., entré le 10 août, salle Andral, n° 3, est en proie à une réaction fébrile d'intensité moyenne; sa température était hier soir de 39°, elle est actuellement de 38°,7. Il accuse une céphalalgie fronto-occipitale intense; il a eu des vomissements et un peu de diarrhée; ses urines renferment beaucoup d'albumine; *il porte actuellement sur le prépuce une dizaine de petites bulles* du volume d'une lentille, les unes en voie de dessiccation, les autres à la période d'état.

Il est très probable qu'il s'agissait là d'accidents provoqués par l'iodure potassique que H. C... avait ingéré avant son entrée à l'hôpital, car depuis six mois que nous l'observons nous n'avons vu survenir de bulles que sous l'influence de ce médicament, et, chaque fois qu'il en a pris, elles se sont produites en même temps qu'une réaction fébrile. Il était impossible, en l'absence d'indications fournies par le malade, de savoir, lors de cette première éruption, quelle en était la nature, et, H. C... se disant syphilitique, on était naturellement conduit à lui prescrire la médication iodurée, ce qui fut fait. L'iodure de potassium est administré chaque jour à la dose de deux grammes, en même temps que le malade est soumis au régime lacté.

Le 16 août, une éruption bulleuse se produit à la face et sur les membres supérieurs. Des éléments dont le volume varie entre celui d'un gros pois et celui d'une pièce de vingt centimes recouvrent les paupières, le nez, les joues et le menton. Sur la face dorsale des mains et des avant-bras, on voit disséminées des bulles semblables; elles sont remplies d'une sérosité transparente et provoquent une violente cuisson.

Le malade ayant été revacciné dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, M. Landrieux se demande si l'éruption ne serait pas due à une inoculation faite avec une lancette un peu malpropre; mais aucun des autres malades qui ont été vaccinés le même jour avec la même lancette n'a présenté le moindre accident. M. Landrieux incline à penser qu'il s'agit là d'un *état général infectieux* qui s'est révélé d'abord par la fièvre, la céphalalgie, l'albuminurie, la sécheresse de la langue, les vomissements et l'éruption préputiale, et a donné lieu ultérieurement à une nouvelle manifestation du côté de la peau.

Quoi qu'il en soit, la température tombe les jours suivants; les urines perdent leur couleur sanguinolente, mais elles restent albumineuses. L'iodure est continué.

Pendant huit ou dix jours, de nouvelles poussées bulleuses se montrent à la face ainsi que sur la face dorsale des mains et des avant-bras, sur

le front, le nez, les joues, le menton et le pourtour des yeux; *les bulles se dessèchent et laissent à leur place un large masque croûteux, de la couleur des croûtes de l'impétigo*; le malade est *complètement défiguré*; son état s'améliore vers le 1<sup>er</sup> septembre, sous l'influence d'abord de cataplasmes de fécule, puis d'un masque de caoutchouc. H. C... quitte Saint-Antoine le 5, pour se rendre directement à Saint-Louis. *Il ne présente à ce moment aucune altération oculaire.*

Le malade a pris chaque jour, du 11 au 18 août, deux grammes d'iodure de potassium; pendant les quatre premiers jours, une pommade mercurielle a été appliquée sur le prépuce.

Du 18 au 28 août, l'iodure a été continué à la même dose et le malade a pris, en outre, une cuillerée à soupe de sirop de Gibert.

Du 28 août au 1<sup>er</sup> septembre, le sirop de Gibert a été seul continué.

A partir du 1<sup>er</sup> septembre, la médication spécifique a été supprimée.

En fait, H. C... a pris à Saint-Antoine, pendant dix-huit jours, de deux grammes à deux grammes et demi d'iodure potassique, et les phénomènes qu'il a présentés nous permettent d'admettre qu'il en avait *ingéré chez lui avant son entrée*. Or, nous avons vu depuis qu'il a suffi plusieurs fois de lui donner, pendant un jour ou deux, ce médicament à la dose d'un gramme pour amener d'abondantes éruptions bulleuses que nous avons vu être suivies de végétations cutanées et laisser des cicatrices persistantes. On conçoit que son usage relativement prolongé à dose plus élevée ait amené des lésions plus profondes et la production des cicatrices déprimées ou saillantes, ainsi que les productions végétantes qui donnent à ce malade une si étrange physionomie. Si l'on rapproche la description des lésions qu'il présentait au mois d'octobre à Saint-Louis et celle des éruptions qui se sont produites à Saint-Antoine, on voit qu'elles sont pour ainsi dire superposées; c'est dans les mêmes régions de la face et des membres que M. Landrieux a vu se produire les bulles et que nous avons observé les cicatrices et les végétations; les croûtes impétigineuses signalées à Saint-Antoine sont les mêmes qui persistaient en partie au commencement d'octobre. Il nous paraît donc bien établi que la plupart des lésions que nous avons observées chez H. C... ont eu pour point de départ celles qui se sont produites pendant son séjour à Saint-Antoine. Il devait cependant s'en produire de nouvelles à Saint-Louis.

D'après les notes que nous a communiquées M. Lobstein, qui faisait à ce moment le service d'interné dans notre service, où nous étions remplacé par notre collègue M. Renault, le traitement par l'iodure de potassium est institué dès le début, en raison de la syphilis antérieure qu'accuse le malade. Celui-ci a de la diarrhée; on lui prescrit le 8 une potion au diascordium et au bismuth.

Le 13 septembre, la dose d'iodure est de trois grammes par jour. M. Lobstein note alors une éruption de bulles sur le front ; presque en même temps, *débutent les lésions oculaires ; une phlyctène se manifeste sur la cornée du côté gauche*, en même temps que le malade y ressent de vives douleurs. On prescrit un collyre au sulfate de cuivre.

L'iodure a été probablement suspendu à ce moment pendant quelques jours, mais le 29 septembre nous le trouvons de nouveau inscrit sur le cahier de visites, et il est continué, comme nous l'avons vu, les jours qui suivent notre arrivée dans le service.

Ainsi donc *l'histoire du malade en août et septembre vient montrer, comme l'a fait depuis son observation directe dans notre service, que l'iodure de potassium provoque maintenant chez lui constamment les mêmes accidents généraux et locaux tout à fait insolites ; à six reprises différentes, il a été soumis plus ou moins longtemps à l'action de ce médicament, et, chaque fois, les mêmes phénomènes se sont reproduits ; il y a donc là en toute évidence une relation de cause à effet.*

Le 15 décembre, le malade, qui souffre surtout de ses lésions oculaires, quitte momentanément notre service, pour aller dans celui de M. Panas. Au moment de son départ, nous constatons que l'affection cutanée est en voie de régression ; les végétations développées autour et à la surface des cicatrices se sont affaïssées et ont en partie disparu ; beaucoup d'entre elles cependant persistent encore. Nous notons l'existence de brides cicatricielles prononcées, surtout sur l'extrémité inférieure du nez et à sa racine. Les ulcérations linguales sont cicatrisées sous forme d'étoiles blanches, fibreuses, dures et rétractées. L'ulcération anale est complètement guérie.

L'état général reste mauvais ; le malade est amaigri ; on perçoit les mêmes signes de tuberculose aux sommets, et nous constatons, avec M. Jeanselme, la présence de bacilles dans les crachats. Les urines sont encore très albumineuses. Il n'y a plus de fièvre. A l'Hôtel-Dieu, M. Panas, ayant reconnu que la bride cicatricielle tendue entre le nez et le front est le siège de douleurs vives et persistantes que le malade perçoit dans cette région, se décide à la sectionner et pratique ensuite une autoplastie par le procédé d'échange pour l'empêcher de se reformer.

H. C... revient le 25 janvier 1888 dans notre service de Saint-Louis, où il occupe maintenant le n° 35 de la salle Bazin.

Des lésions cutanées qu'a provoquées l'iodure, les unes sont indélébiles, ce sont les cicatrices ; les autres, les végétations, ont continué leur évolution rétrograde. Les cicatrices sont nombreuses à la face et défigurent le malade ; elles sont arrondies ou formées par la réunion de plusieurs cercles. Quelques-unes sont soulevées en forme de brides ; on en remarque plusieurs sur la partie inférieure du nez dirigées transversalement. Celle qui existait à la racine du nez a disparu et est remplacée par le lambeau autoplastique encore réuni.

Les cicatrices sont légèrement déprimées et décolorées. Il reste peu de peau saine à la figure.

Les végétations ont en partie disparu ; celles qui persistent forment une saillie bien moindre que précédemment ; la plupart sont sessiles, d'une

coloration rosée qui tranche sur le fond blanc des cicatrices; leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un grain de chènevis.

Des cicatrices semblables aux précédentes se voient sur le cou, dans les points où nous avons vu précédemment des bulles se développer.

La langue est cloisonnée par des sillons nombreux et profonds qui la divisent en mamelons recouverts pour la plupart d'un épithélium épaissi et blanchâtre; on voit encore sur le côté gauche de la face dorsale une exulcération.

Sur la face dorsale des mains, les cicatrices persistent; leur surface est ridée, comme gaufrée, et décolorée, si ce n'est en quelques points qui restent violacés. Les lésions que nous avons précédemment vues se produire aux avant-bras sont de même représentées actuellement par des cicatrices; on y remarque quelques dépressions qui semblent répondre à des orifices pilosébacés.

Les lésions oculaires se sont aggravées: à gauche, la conjonctive est injectée; la cornée est repoussée en avant et présente une coloration blanche et une opacité presque complète; des vaisseaux dilatés y aboutissent. A droite, la cornée est seulement un peu trouble, la pupille ne se dilate pas, ses contours sont irréguliers, on voit derrière elle des opacités sur la capsule du cristallin. Il est possible que cette iritis à marche progressive soit indépendante de l'iodisme, auquel on ne peut attribuer en toute certitude que les lésions cornéennes et conjonctivales.

L'état des voies respiratoires ne s'est pas modifié.

H. C... accuse de vives douleurs dans les membres inférieurs; partant des hanches, elles irradiant jusqu'aux extrémités, en s'accroissant surtout au niveau des articulations; elles se renouvellent par crises qui durent une heure ou deux. On prescrit alternativement de l'antipyrine et du salicylate de soude. Le 14 février, un vésicatoire est appliqué sur la tempe droite; il ne se produit pas, les jours suivants, de végétations sur la surface vésiquée.

M. Galezowski, que le malade va consulter, prescrit, sans doute pour répondre à ses instances, du sirop de Gibert et la solution d'iodure de potassium. H. C... commence, à notre insu, cette médication le dimanche 4 mars, prenant seulement une cuillerée à café de chaque solution; dès le 6 mars, il se fait une éruption sur la face de trois petites bulles.

Le 7 mars, il se produit soudainement le matin une double conjonctivite intense; à droite, la membrane est tuméfiée au point de former tout autour de la cornée un bourrelet saillant de près d'un centimètre; elle paraît infiltrée d'un liquide clair; sa surface est rouge et injectée; du côté gauche, on constate les mêmes altérations, avec une tuméfaction beaucoup moins prononcée. On applique sur les yeux des compresses imprégnées d'eau chaude.

Le malade prend encore pendant vingt-quatre heures cinquante centigrammes d'iodure de sodium auquel on attribue une action moins irritante sur les muqueuses, et à partir du 8, toute médication iodique est de nouveau supprimée. Le 8, le chemosis a beaucoup diminué, les conjonctives sont moins injectées.

Le 25 mars, M. Galezowski pratique l'iridectomie du côté droit. Le malade revient deux jours après à l'hôpital. La vision, qui était profondément troublée auparavant, mais permettait cependant à H... de se diriger, est maintenant presque entièrement abolie; le jour est distingué de la nuit, mais c'est tout; les doigts passés devant les yeux ne sont pas aperçus.

Le 10 avril, la cécité continue à être presque complète; l'état reste le même. X... accuse toujours de vives douleurs autour de l'orbite et à la ra-



cine du nez, du côté droit. Il perçoit l'ombre de la main que l'on passe devant ses yeux regardant la lumière. Les urines renferment toujours beaucoup d'albumine. On ne trouve pas de cylindres dans leur dépôt, mais seulement des globules blancs. Le 23 mai, la situation n'est pas sensiblement modifiée.

Arrivé au terme de cette longue et triste histoire, essayons de la résumer en quelques lignes. H. C..., atteint d'une syphilis ancienne qui paraît depuis de longues années silencieuse, au moins en ce qui concerne la peau, a fait depuis longtemps usage de l'iodure de potassium. *Il ne peut plus maintenant ingérer le médicament, sans qu'il donne lieu, le plus souvent en moins de deux ou trois jours, à des éruptions bulleuses et des phénomènes généraux.* Ceux-ci consistent surtout en une réaction fébrile intense avec diarrhée; celles-là sont pemphigoides; leur contenu est tantôt citrin, tantôt purulent, parfois dense, semblable à une bouillie épaisse. Si la médication est continuée, de nouvelles poussées se produisent en même temps qu'il se fait, au niveau des premières bulles, un travail d'inflammation chronique, lequel se traduit bientôt, simultanément par une atrophie de la surface du derme et par la production de végétations semblables à des condylomes; il en résulte des cicatrices étendues, traversées çà et là par des brides saillantes et changeant complètement la physionomie du malade.

Les muqueuses linguale et palpébrale, ainsi que la cornée, sont concurremment intéressées; les lésions cutanées se produisent presque constamment dans les mêmes régions qui sont la face et les avant-bras.

Nous n'avons pas à revenir sur la gravité qu'ont présentée ces phénomènes: il ressort suffisamment de leur description combien est lamentable la situation de ce malade, qui se trouve, à la fois, défiguré au point de ressembler d'une manière frappante à un vieux lupique et atteint de lésions oculaires assez profondes pour abolir complètement la vision du côté gauche et l'affaiblir beaucoup à droite. Le diagnostic ne peut plus actuellement soulever de difficultés: *à sept reprises différentes, les éruptions bulleuses et les troubles généraux se sont produits après l'ingestion du médicament, le plus souvent dans les quarante-huit heures qui l'ont suivie; nous avons pu suivre, jour par jour, le travail de phlegmasie atrophique et végétante, qui a fait suite au soulèvement de l'épiderme quand l'usage de l'iodure a été continué pendant quelques jours; nous avons vu les bulles laisser après elles des cicatrices sur lesquelles se sont élevées des végétations. C'est bien l'iodure, et lui seul, qui a été la cause de ces accidents. C'est également lui qui a été le point de départ des lésions superficielles des yeux; bien que le malade ait accusé, trois mois avant l'apparition des phénomènes graves d'iodisme, quelques sensations de mouches volantes, la cornée et la conjonctive étaient tout à fait indemnes quand, au milieu de septembre, alors que*

H. C... était soumis à une médication iodurée, il s'y est produit des lésions aiguës, bulleuses même d'après le dire des assistants, en même temps qu'une éruption pemphigoiïde envahissait la face et les membres supérieurs. Tout récemment encore, lorsque le malade a pris pendant quatre jours de l'iodure de potassium à notre insu, il s'est développé soudainement une vive poussée du côté des conjonctives, avec infiltration de ces membranes par une quantité de liquide séreux assez considérable pour que celle de l'œil droit fût une saillie de près d'un centimètre autour de la cornée.

L'origine iodique de ces diverses manifestations est encore prouvée par un fait qui, bien que négatif, a néanmoins, à ce point de vue, une importance considérable: nous voulons parler de la *cessation de toute éruption nouvelle du moment où l'usage du médicament est suspendu*; l'apparition de ces bulles pemphigoiïdes, qui depuis neuf mois se sont produites à sept reprises différentes a constamment suivi la reprise du traitement ioduré; bien que soumis aux médications les plus diverses, le malade n'a présenté aucun élément éruptif, alors qu'il ne prenait pas d'iodure. Ce fait n'est pas seulement intéressant au point de vue du diagnostic; il montre que *l'action pathogénique du médicament ne s'accomplit qu'à courte échéance; quand il y a doute sur la nature d'une éruption, on ne doit pas la considérer comme de nature iodique, si elle se produit plusieurs jours après que le malade a cessé d'être soumis à l'influence du médicament.*

Faut-il faire intervenir la syphilis dans la production des accidents présentés par H. C...? Il est possible que, conformément aux vues de M. le professeur Fournier, elle soit la cause des phénomènes tabétiques d'ailleurs mal caractérisés que nous avons constatés chez le malade; il est possible également qu'elle ait contribué à produire l'état fissuré et mamelonné de la langue; peut-être faut-il même lui rapporter l'iritis de l'œil droit; mais pour ce qui est des éruptions, des cicatrices et des kérato-conjonctivites précédemment décrites, nous croyons pouvoir affirmer qu'elle leur est complètement étrangère, si ce n'est par la manie iodique qu'elle a inspirée au malade et dont un fait récent prouve qu'il n'est pas encore guéri.

Il a pu y avoir au début de l'hésitation, et plusieurs de nos collègues, en se plaçant au point de vue purement objectif, inclinaient à croire, lors d'un premier examen, qu'il s'agissait de manifestations anormales de cette maladie. La forme circulaire ou polycyclique des cicatrices était particulièrement en faveur de cette interprétation. Le début par des lésions manifestement bulleuses la rendait, par contre, peu probable, et l'histoire du malade a montré avec trop d'évidence que les bulles se produisaient chez lui exclusivement sous l'influence du traitement io-

duré pour qu'une contestation soit aujourd'hui possible à cet égard; le développement de végétations en crêtes de coq sur les cicatrices et à leur périphérie eût été également un fait nouveau en syphiligraphie.

Nous avons vu que les cicatrices et les déformations qu'elles ont entraînées présentent assez d'analogies avec celles du *lupus* pour qu'un de nos collègues des plus expérimentés ait admis l'existence de cette affection; ici encore l'évolution des phénomènes observés récemment à Saint-Antoine et à Saint-Louis ne peut laisser de place au doute; ajoutons d'ailleurs que nulle part chez H. C... ne se trouvent les nodules tuberculeux qui caractérisent le *lupus*.

Le pemphigus végétant de Neumann diffère notablement par ses caractères cliniques et sa marche des éruptions observées chez notre malade. Il suffit, pour s'en convaincre, de relire la discussion de l'auteur qui peut être résumée ainsi qu'il suit (1) : « Il se produit d'abord des bulles qui se remplissent d'un liquide purulent; lorsque l'épiderme a été enlevé, on voit au centre de l'excoriation une saillie blanchâtre qui s'étend rapidement en hauteur et en largeur, de manière à former une excroissance inégale, arrondie et papillomateuse; elle est entourée d'une zone excoriée et, plus loin, d'un soulèvement bulleux de l'épiderme; elle sécrète un liquide fétide qui se concrète en croûtes minces. Lorsqu'on les enlève, on trouve au-dessous d'elles l'excroissance tantôt recouverte d'une mince couche d'épiderme, tantôt parsemée d'excoriations punctiformes ou lenticulaires. Leurs sièges de prédilection sont, chez l'homme, d'une part, la muqueuse buccale, de l'autre la symphyse pubienne, la partie interne des cuisses et la région des fesses. Elles offrent beaucoup de ressemblance avec de *larges condylo-mes syphilitiques confluents*, et il n'est pas facile de les en distinguer. » Nous avons vu que les végétations fines et pédiculées de notre malade étaient toutes différentes; de plus, tandis que les excroissances du pemphigus végétant tendent à s'accroître, les végétations de notre malade se sont affaïssées et ont disparu pour la plupart en quelques semaines. Puis, chez H. C..., les bulles ont été éphémères, alors que, dans la maladie de Neumann, elles s'étendent progressivement et se renouvellent incessamment pendant de longues périodes; ajoutons enfin que les figures annexées au mémoire de Neumann ne ressemblent nullement à ce que nous avons observé chez notre malade.

Nous avons dit que nous ne connaissions pas, dans la littérature médicale, de fait semblable à celui que nous venons d'étudier. Ce n'est pas à dire qu'il n'ait offert beaucoup de traits communs avec la forme bulleuse des exanthèmes iodique et bromique, telle que l'ont fait connaître des tra-

(1) J. NEUMANN. Ueber Pemphigus vegetans (*Viertel Jahrsch. für Dermatologie und Syphilis*, 1886).

vaux récents. Si, en effet, on se reporte à la remarquable description qu'en donne Prince A. Morrow (1), on voit que « de quelques heures à quelques jours après le commencement d'un traitement ioduré, on peut voir apparaître des bulles le plus souvent localisées à la face, au cou et sur le dos des mains, quelquefois aux extrémités inférieures, souvent sur le tronc; elles restent isolées ou se confondent avec les éléments voisins, et peuvent ainsi acquérir d'énormes dimensions; la peau est d'ordinaire infiltrée et épaissie à leur périphérie; elles peuvent reposer sur une base inflammatoire. Leur consistance est souvent ferme; leur contenu, clair au début, devient plus tard trouble, semi-purulent ou sanguinolent. (Dans un fait que nous avons publié antérieurement, il était demi-solide, et comparable à une bouillie épaisse; on trouve dans les publications récentes de M. Bradley et de Hyde des observations semblables (2). Elles laissent après elles des taches pigmentées. Quelquefois il se produit sous les bulles une ulcération qui intéresse la superficie du chorion, et donne lieu à la formation d'une légère cicatrice. »

Ce qu'il y a eu de particulier dans notre cas, c'est le caractère des cicatrices et le travail de végétation dont elles sont devenues le siège, l'intensité des phénomènes oculaires et la réaction générale. Dans aucun fait, nous ne trouvons signalées ces dépressions persistantes consécutives à chaque bulle, ni surtout ces brides saillantes qui défigurent le malade et ont nécessité une autoplastie. Les végétations ont été des plus remarquables; elles se sont développées partout où il est venu des bulles, aussi bien aux membres supérieurs qu'à la face; elles offraient beaucoup d'analogie avec les crêtes de coq pénienues, avec cette particularité qu'elles étaient souvent disposées circulairement autour des cicatrices; elles se sont pour la plupart atrophiées spontanément; mais nombre d'entre elles persistent néanmoins et elles contribuent encore actuellement à modifier la physionomie du malade. L'une d'elles a été excisée et étudiée au point de vue histologique par M. Girode. Cet examen a montré qu'il s'agit d'une dermite relativement récente paraissant développée de préférence autour d'un vaisseau sanguin. On voit, au centre de la préparation, une veine d'un diamètre remarquablement large eu égard à sa proximité de la surface; elle est entourée d'une nappe embryonnaire inflammatoire. Les papilles sont allongées, quelques-unes filiformes, d'autres très renflées. Les prolongements interpapillaires du corps muqueux, épaissi dans son ensemble, sont également allongés et plus larges qu'à leur état normal.

(1) PRINCE A. MORROW *Drug eruptions*. New-York 1888.

(2) BRADLEY, *l'Iodisme*, 1887).—J.-N. HYDE, *Journ. of cutaneous and venereal diseases*, vol. an IV, 1887.

Les muqueuses sont le plus souvent intéressées, mais dans aucune des observations publiées jusqu'ici on n'a vu se produire des troubles oculaires comparables à ceux qu'a éprouvés notre malade; sa double kérato-conjonctivite a amené à gauche la formation d'un staphylome avec opacité de la cornée.

L'intensité de la réaction et les troubles généraux que provoque constamment chez H. C... l'ingestion de l'iodure doivent être également signalés comme des symptômes au moins très exceptionnels; nous ne les avons vus mentionnés dans aucun autre cas avec ces caractères. M. Bradley, dans l'excellent travail que nous avons cité, signale comme un phénomène fréquent une grande accélération avec petitesse du pouls; mais il insiste sur ce fait qu'elle ne s'accompagne pas d'hyperthermie, et nous avons vu au contraire H. C... présenter une réaction fébrile accentuée chaque fois qu'il a recommencé l'usage du médicament. La diarrhée qui s'est produite constamment dans ces mêmes circonstances mérite également d'attirer l'attention.

*Pourquoi H. C... présente-t-il ce mode de réaction, cette idiosyncrasie ? Ce n'est que tardivement qu'il s'est établi.* Pendant des années, l'iodure de potassium paraît avoir été bien supporté, puisque le malade en faisait fréquemment abus; puis sont survenues des éruptions bulleuses; pendant longtemps elles ont été inoffensives et H. C... les négligeait; c'est cette année seulement qu'elles ont pris un caractère de gravité et ont entraîné à leur suite les désordres que nous avons indiqués. L'intolérance chez ce malade a donc été acquise.

On peut considérer, avec Prince A. Morrow, l'albuminurie comme un phénomène contribuant à développer les accidents de l'iodisme; mais, quelque considérable qu'elle soit chez H. C..., elle ne peut aucunement nous rendre compte des phénomènes d'atrophie et de végétation qui suivent l'apparition des bulles. Il est possible même qu'elle soit la conséquence de l'iodisme et non la cause des accidents qu'il provoque. Nous avons vu que le dépôt urinaire contenait des globules blancs, mais non des cylindres. L'albuminurie a été souvent mentionnée parmi les accidents de l'iodisme.

Relativement au mode d'action du médicament en question, nous ne pouvons faire que des hypothèses. Prince A. Morrow insiste à juste titre sur la vraisemblance de la théorie qui attribue les accidents de l'iodisme à un trouble dans les fonctions des nerfs vaso-moteurs et trophiques, et M. Besnier en fait des phénomènes réflexes (1) dont le point de départ réside dans l'action du médicament sur le système nerveux d'une région intermédiaire aux centres trophiques, très probablement des

(1) E. BESNIER, *loc. cit.*

voies digestives. Cette interprétation serait en effet la plus vraisemblable si, conformément aux observations de notre collègue, le même médicament introduit par la voie hypodermique ne donnait pas lieu aux mêmes recherches; mais Prince A. Morrow, dans son traité récent, lui oppose des faits contradictoires.

Nous aurions tendance, pour notre part, à admettre que le médicament, ou, pour mieux dire, le poison, après avoir pénétré dans la circulation, va déterminer en différents points du derme et des muqueuses des phénomènes d'irritation qui amènent, par voie réflexe, une hyperhémie locale bientôt suivie de l'exsudat qui constitue le pemphigus en même temps que des troubles trophiques. Quoi qu'il en soit, ce qui ne peut s'expliquer, c'est la différence des effets produits chez les divers sujets. Pourquoi, chez notre malade, ce travail de végétation que jusqu'ici l'on n'avait jamais vu se produire sous la même influence? Faut-il invoquer une réaction particulière des éléments des tissus ou des nerfs trophiques? Toujours est-il qu'elle semble bien être exclusivement produite par l'iode. Nous savons qu'il en a été ainsi dans ces neuf derniers mois, et nous avons pu constater que la dermite bulleuse provoquée par l'application d'un vésicatoire n'eut pour conséquence ni les cicatrices ni les végétations consécutives aux bulles iodiques. L'idiosyncrasie en vertu de laquelle se développent ces végétations ne consiste donc pas dans la propriété qu'aurait chez ce malade le derme mis à nu de réagir sous cette forme. Elle n'est mise en jeu que par l'action de l'iode.

Il est remarquable de voir un médicament donner lieu à des altérations comparables à celles que produisent les maladies infectieuses et défigurer un malade comme le font le lupus et la syphilis mutilante. Ce fait vient à l'appui de la manière de voir qui tend aujourd'hui à attribuer aux actions purement chimiques un rôle de plus en plus considérable dans le genèse des affections morbides; il montre qu'une *action toxique peut donner lieu non seulement à des inflammations érythémateuses, pustuleuses et bulleuses, mais aussi à des ulcérations suivies de cicatrices indélébiles et à des végétations très analogues aux condylomes vénériens.*

La gravité des désordres qu'a provoqués, chez notre malade, l'iode de potassium montre avec quelle attention il est nécessaire d'observer les effets de ce médicament, même chez les sujets qui y sont accoutumés et le supportent bien depuis longtemps. A côté des phénomènes d'intolérance qui se manifestent chez certains sujets dès les premières doses, et sous l'influence des quantités les plus faibles du médicament, il en est d'autres qui ne viennent que tardivement, à la suite d'un traitement prolongé. Les hémorrhagies cutanées et probablement bulbaires, les nodosités sous-cutanées dont nous avons parlé au début de ce travail ne se sont pro-



duites qu'après un long usage des médicaments; il en a été de même des lésions ulcéreuses et des phénomènes de réaction fébrile que nous avons observés chez H. C...

Ces accidents peuvent être méconnus, non sans de graves inconvénients. Chez un de nos malades qui a eu, en même temps que du purpura iodique, un foyer bulbaire très probablement de même nature, on aurait pu croire à une manifestation spécifique et continuer à son détriment la médication iodurée; chez celui qui présente des nodosités sous-cutanées douloureuses chaque fois qu'il prend pendant quelques jours de l'iodure de potassium, on est naturellement conduit, si l'on ignore l'existence de cette manifestation iodique, à admettre l'existence de gommages, et par suite à forcer les doses. Nous avons vu enfin que, depuis neuf mois, H. C... a été soumis par quatre médecins différents à la médication iodurée, soit pour son éruption bullo-croûteuse et végétante, soit pour son affection oculaire. Le malade affirmant qu'il était syphilitique, et réclamant avec instance ce médicament, nous avons tous quatre été conduits à le lui prescrire. Il a fallu l'enquête minutieuse à laquelle nous nous sommes livré et l'observation prolongée du malade pour arriver à la vérité et reconnaître que les éruptions n'étaient pas produites par la maladie, mais par le médicament, et ce diagnostic avait ici une importance capitale, puisqu'il ne s'agissait plus d'accidents fugaces et bénins, mais de désordres graves, laissant après eux des marques indélébiles. C'est donc à juste titre que M. Besnier considère comme une règle de penser à une influence pathogénétique, chaque fois que l'on voit se produire dans le cours d'un traitement des phénomènes insolites et étrangers à la maladie reconnue. On savait que les éruptions bulleuses à contenu concret siégeant à la face et aux bras devaient faire soupçonner l'iodisme; l'histoire de notre malade montre que le développement de végétations condylomateuses et la production de cicatrices à la suite des bulles ont la même signification; il y a un intérêt puissant à ne pas la méconnaître, puisqu'en pareil cas *les accidents provoqués par l'iodure de potassium ne le cèdent pas en gravité à ceux du mercurialisme intense*. (Plusieurs cas de mort ont été publiés.)

Ces faits doivent conduire à n'administrer le médicament, sauf dans les cas urgents, qu'avec une certaine circonspection, et nous ne pouvons approuver ceux qui ne craignent pas de le donner aux doses énormes de 40 à 50 grammes par jour, surtout lorsqu'il n'ont d'autre but que de faire disparaître, un peu plus rapidement que par les autres moyens, une éruption bénigne, un psoriasis.

Comme conclusions de ce travail, nous résumerons les faits qui en ressortent dans les propositions suivantes :

1° Les éruptions bulleuses d'origine iodique peuvent, chez des sujets prédisposés, laisser à leur suite des *cicatrices indélébiles*, et s'accompagner

d'un travail de prolifération conjonctive et épithéliale qui se traduit par la *production de végétations*, ordinairement disposées en cercle et très analogues aux condylomes vénériens.

2° Elles peuvent occuper la conjonctive et la cornée, et entraîner ainsi la *cécité*.

3° Les cicatrices consécutives, d'ordinaire légèrement déprimées, décolorées et de forme arrondie ou polycycliques, peuvent prendre l'aspect de brides saillantes ou se rétracter et déformer la face au point de lui donner l'aspect d'un *lupus ancien*.

4° Les poussées bulleuses s'accompagnent de fièvre et de diarrhée.

5° L'idiosyncrasie qui amène ce mode de réaction peut survenir tardivement chez des sujets qui, pendant longtemps, ont fait usage du médicament impunément et sans graves inconvénients.

6° Elle est peut-être favorisée par l'existence d'une albuminurie.

7° Contrairement au préjugé vulgaire, lorsque des phénomènes insolites se produisent chez un syphilitique traité par l'iodure de potassium, on doit, bien plus que chez le sujet traité par le mercure, se demander s'ils proviennent de la maladie ou du médicament.

8° L'action pathogénétique de l'iodure ne s'exerce qu'à courte échéance.

---

## II

### DE LA DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING

*Arthritides bulleuses* de BAZIN. — *Pemphigus pruriginosus* de M. le professeur HARDY. — *Hydroa* de quelques auteurs anglais.

I<sup>re</sup> PARTIE. — EXPOSÉ ET DISCUSSION DES IDÉES DE DUHRING.

II<sup>e</sup> PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE CHRONIQUE ET SUBAIGUE.

III<sup>e</sup> PARTIE. — DES DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES AIGUES.

IV<sup>e</sup> PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE RÉCIDIVANTE DE LA GROSSESSE (*Herpes gestationis*).

Par le Dr **BROCQ**, médecin des hôpitaux.

(Suite.)

#### 3<sup>e</sup> LÉSIONS ÉRUPTIVES INSOLITES

Nous avons déjà signalé l'existence d'une fausse membrane jaunâtre dans les bulles, et, dans un cas, la formation de produits gélatineux. Dans l'observation XI, l'éruption était franchement hémorrhagique; tantôt les bulles se desséchaient et se transformaient en une croûte sanguine noirâtre, qui se détachait peu à peu en laissant une cicatrice superficielle; tantôt elles s'écorchaient par les frottements et laissaient à nu une véritable ulcération très profonde recouverte d'une pseudo-membrane noirâtre d'aspect gangreneux. Ces ulcérations étaient d'une sensibilité extrême; abandonnées à elles-mêmes, elles devenaient profondes: si on faisait tomber la pseudo-membrane par des émollients, l'ulcération était d'un beau rouge, bourgeonnante, et guérissait en douze ou quinze jours.

Dans l'observation XXVII, les pustulo-bulles des pieds présentaient un aspect tout à fait spécial. Aux points où elles se produisaient, les téguments étaient hérissés d'excroissances papillomateuses volumineuses, acuminées, pressées les unes à côté des autres, formant une saillie de 5 millimètres au moins au-dessus du niveau des téguments voisins. Elles étaient recouvertes de croûtes assez adhérentes, et, dans les sillons qui séparaient les excroissances, se trouvait une sérosité louche et fétide peu abondante. Ces lésions papillomateuses s'observaient également sous la plante des pieds, mais elles y étaient engainées de productions cornées qui formaient une sorte de carapace épaisse et douloureuse au toucher. Ces altérations si remarquables faisaient songer au pemphigus vegetans

de Neumann; mais elles étaient localisées aux extrémités inférieures et n'existaient nullement aux autres régions du corps.

C'est le seul cas dans lequel nous ayons observé des lésions semblables. Nous devons noter cependant que notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Besnier, a eu l'extrême obligeance de nous faire voir une de ses clientes de la ville atteinte, depuis deux ans, d'une dermatite polymorphe prurigineuse chronique vésiculo-bulleuse : chez cette dame, dont l'état est réellement lamentable, car les téguments dans leur totalité sont envahis par le processus morbide, l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds s'est peu à peu modifié : il est devenu jaunâtre, comme tendu; il s'est épaissi au point de constituer une véritable gêne pour la malade, qui ne peut ni plier ses doigts, ni fermer les mains. Toutes ces régions sont extrêmement sensibles. Cette transformation de l'épiderme, qui a également envahi la face palmaire de tous les doigts, ne ressemble pas du tout à la kératodermie vulgaire : elle est plus uniforme, plus lisse, plus jaunâtre, plus molle, et surtout plus douloureuse.

Dans quelques observations, on a noté qu'à la paume des mains il se produisait des lésions érythémateuses et érythémato-papuleuses arrondies, qui avaient de la tendance à devenir vésiculeuses ou bulleuses. A cause de l'épaisseur de la couche épidermique, il ne se forme dans ces cas, au milieu de la papule rouge, qu'une sorte de teinte opaline blanchâtre sans soulèvement appréciable : puis l'épiderme se dessèche et finit par desquamier.

*Lésions des muqueuses.* — Dans sa description du pemphigus arthritique, Bazin dit que les muqueuses sont souvent intéressées; d'après lui, les premières manifestations morbides peuvent même se faire du côté de la bouche, du pharynx ou du vagin. Dans aucune de nos observations on n'a noté ce mode de début, mais dans quatre d'entre elles [obs. XIV (Weber), obs. XXIV, XXV et XXVII (Vidal)] cette localisation de l'éruption a été constatée.

Chez la malade n° 24, il se forma des bulles sur la langue et sur le voile du palais. Dans l'observation XXV, il y avait une grosse vésicule sur le voile du palais. Mais c'est surtout chez le malade de l'observation XXVII que nous avons pu observer cette complication dans toute son intensité. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, il a eu pour ainsi dire constamment des lésions vésiculo-bulleuses et ulcéreuses en activité sur la muqueuse buccale. Il se plaignait de sensations de cuisson, de brûlure, de douleurs lancinantes dans la bouche. Sur la face interne des lèvres et des joues se voyaient des exulcérations et parfois même de véritables ulcérations irrégulières, rouges en partie, recouvertes de lambeaux épidermiques blanchâtres, et entourées d'une zone érythémateuse d'étendue variable. Les mêmes lésions s'observaient aussi

suivant les périodes sur les bords de la langue, à sa face inférieure, sur les amygdales, sur le pharynx; en ces divers points, nous avons pu constater à plusieurs reprises des vésicules herpétiformes encore intactes. Il est fort probable que des éruptions identiques se sont produites chez lui du côté de la muqueuse nasale; car, pendant quelque temps, il a ressenti de vives cuissons, et a été atteint d'épistaxis répétées. Il éprouvait en même temps de la gêne pour déglutir et ne pouvait arriver à mâcher ses aliments.

Nous croyons que des études ultérieures sont nécessaires pour bien préciser la fréquence réelle de ces manifestations du côté des muqueuses. Sur les dix malades atteints de dermatite p. p. chronique vraie que nous avons vus, quatre ont présenté cette localisation. D'après certains faits peu précis que nous avons relevés, il semble que la muqueuse de l'urèthre puisse parfois être intéressée.

*Complications de l'éruption.* — Nous avons déjà dit que les bulles pouvaient devenir hémorrhagiques; on a signalé aussi la production de taches et de plaques purpuriques. Dans quelques cas on a vu survenir de l'œdème des parties atteintes, des extrémités en particulier, des rougeurs et des inflammations érysipélateuses, de la tuméfaction des ganglions cervicaux ou même des autres groupes ganglionnaires. Enfin on a vu se produire des furoncles nombreux dans l'intervalle des poussées éruptives, et dans un cas (obs. XVI) on a constaté des abcès. Je ferai toutefois remarquer que ces abcès n'ont été signalés que dans cette seule observation, sans aucun détail explicatif, et semblent ne s'être produits que pendant des périodes d'accalmie.

Enfin dans plusieurs cas (obs. XXI, XXIX) on a noté que les cheveux et même que tous les autres poils du corps, devenaient secs, cassants, et tombaient. On a également observé des altérations des ongles, mais nous n'avons pas sur ce dernier point de documents précis.

Ce qui frappe surtout quand on envisage l'ensemble de l'éruption de la dermatite p. p. chronique et de ses complications, c'est la superficialité du processus; c'est la rareté, je dirai même l'absence complète de lésions profondes, telles qu'infiltrations du derme et de l'hypoderme de longue durée, productions purulentes, ulcérations. Tous les phénomènes morbides sont éminemment fugaces, éphémères; ils ne laissent après eux aucune cicatrice; ils n'occupent que les couches les plus supérieures du chorion et l'épiderme. Si nous rapprochons ces particularités si importantes de la production de végétations papillomateuses et de substance cornée aux mains et aux pieds que nous avons observée dans deux cas, ne serait-on pas tenté d'adopter à cet égard, comme le voudrait M. le Dr E. Besnier, les idées d'Auspitz sur les dermatoses pemphigoides, et de ranger l'entité morbide qui nous

occupe dans ses acantholyses, troisième famille de ses acanthoses, lesquelles constituent elles-mêmes la troisième division de ses épidermidoses ?

*Aspect général de l'éruption. — Variétés éruptives.*

Tous les éléments que nous venons de décrire en particulier peuvent coexister chez le même malade et se combiner entre eux de toute manière. On comprend dès lors combien l'aspect de l'éruption peut être variable. Il est toutefois possible d'établir à cet égard avec Duhring (1) certains types morbides qui aident à l'intelligence de cette affection protéiforme.

1° *Variété érythémateuse.* — Il est rare que l'éruption ne soit caractérisée que par des éléments érythémateux : l'observation 8 de Duhring constitue à cet égard une exception : pendant deux hivers successifs, tous les phénomènes morbides ne consistèrent qu'en démangeaisons et en rougeurs ; mais, à la troisième rechute, survinrent des pustules. (Voir également les observations 21 et 40.)

2° *Variété érythémato-vésiculeuse et érythémato-bulleuse.* — La variété érythémateuse pure n'existe donc pas à proprement parler : l'éruption érythémateuse finit presque toujours par se compliquer très rapidement de soulèvements de l'épiderme par de la sérosité. Suivant que les vésicules ou que les bulles dominant, Duhring établit deux variétés distinctes : a) la *variété vésiculeuse*, dans laquelle il fait rentrer l'herpes gestationis, ce que nous ne saurions admettre, puisque l'éruption de l'herpes gestationis est avant tout polymorphe, érythémateuse, vésiculeuse et bulleuse ; b) la *variété bulleuse*, dans laquelle il range certains faits de pemphigus.

Ce qui est vrai, c'est que, dans certains cas, ou pour mieux dire dans certaines poussées éruptives, on voit se former, soit d'emblée sur la peau saine, soit sur des éléments érythémateux figurés ou non, de petits soulèvements épidermiques, vésiculeux, limités ; on peut dire alors avec quelque apparence de raison que le type de l'éruption est surtout vésiculeux. Quant, au contraire, les soulèvements épidermiques sont plus volumineux, on dit que le type éruptif est plutôt bulleux. Mais presque toujours ces soulèvements sont assez irréguliers pour que l'on soit en droit d'affirmer que le type mixte vésiculo-bulleux est plus fréquent que les deux autres. Les bulles, comme nous l'avons vu plus haut, peuvent avoir toutes les dimensions ; cependant, il faut bien reconnaître que le plus souvent elles sont assez petites (pemphigus diutinus pruriginosus à petites bulles).

(1) Voir première partie, chapitre II.



3° *Variété pustuleuse.* — Il n'est pas une seule de nos 28 observations dans laquelle on n'ait jamais constaté que des éruptions de pustules : mais il faut reconnaître que dans plusieurs d'entre elles, surtout dans les cas 1 et 4 dus à Duhring, il s'est produit des poussées éruptives uniquement constituées par des pustules offrant les caractères que nous leur avons décrits.

4° *Variété hémorrhagique, variété gélatineuse, variété végétante ou papillomateuse.* — Les observations 11, 8 et 26, dont nous avons déjà analysé les particularités, pourraient, à la rigueur, être considérées comme des exemples de ces variétés ; mais nous ne croyons pas qu'on doive attacher trop d'importance à ces accidents de l'éruption.

5° *Variété polymorphe.* — Telle est la variété de beaucoup la plus fréquente, celle qui, en somme, constitue à proprement parler le type même de l'affection. Or, il faut bien savoir que si une poussée éruptive peut être considérée comme érythémateuse, vésiculeuse, bulleuse ou pustuleuse, etc..., les poussées successives auront souvent un tout autre aspect, et que, prise dans son ensemble, l'affection est toujours et dans tous les cas essentiellement polymorphe. D'autre part, une poussée éruptive donnée est, elle aussi, presque toujours polymorphe d'aspect, c'est-à-dire qu'on trouve diversement groupées et combinées, au même moment, des papules, des plaques d'érythème figurées ou non, des vésicules et des bulles développées sur la peau saine ou sur les éléments érythémateux, avec ou sans aréole, plus ou moins transparentes ou lactescentes, des pustules isolées ou groupées autour d'une croûte centrale, des croûtes isolées ou formant des sortes de carapaces, des squames, des macules de diverses teintes, des pigmentations irrégulières, des traces de grattage, etc... Toutes ces lésions réunies, confondues, mélangées, constituent l'éruption typique de la maladie qui nous occupe, le polymorphisme dans toute la force du terme.

D'ailleurs toutes les combinaisons sont également possibles au point de vue de la fréquence des manifestations cutanées. Il peut n'y avoir que quelques cercles érythémateux, que quelques vésicules ou quelques pustules çà et là disséminées ; par contre, le corps peut être absolument couvert de lésions éruptives, de larges placards érythémato-bulleux, de bulles volumineuses, de bulles suppurées, et surtout de lésions vésiculeuses, car les vésicules miliaires et les vésico-bulles de dimensions variables, mais plutôt modérées, sont encore les lésions qui ont le plus de tendance à se multiplier. Il y a des cas où sur les membres inférieurs, sur les fesses, sur la totalité du corps, il n'y a plus un centimètre de peau saine perceptible. Tout est criblé de centaines, de milliers de soulèvements épidermiques ou de traces d'éruptions antérieures. Les souffrances sont atroces, l'aspect du malade est vraiment lamentable, et

cependant, malgré ces lésions vraiment effroyables, l'état général est relativement bon.

L'intensité de l'éruption, jointe au grattage, peut alors arriver à donner aux parties atteintes des aspects tout spéciaux. Les fesses, les parties génitales, les aisselles, la face interne des cuisses, peuvent ressembler à un vaste vésicatoire, à un eczéma suintant; la face, à de l'impétigo: les croûtes et les squames qui se développent incessamment aident à la confusion.

Les divers éléments éruptifs peuvent se combiner d'une façon régulière et figurée. Autour d'une croûte centrale, plate, grisâtre ou un peu brune, se développe un cercle vésiculo-bulleux d'un blanc mat, entouré lui-même d'une aréole érythémateuse. Cette lésion s'agrandit périphériquement, s'étend peu à peu; la croûte centrale tombe; il ne reste à sa place qu'une macule plus ou moins pigmentée, parfois légèrement squameuse, qui devient peu à peu lisse et d'un jaune brunâtre, tandis qu'autour d'elle s'étend une quadruple zone pigmentée croûteuse, vésiculo-bulleuse ou vésiculo-pustuleuse et érythémateuse. Souvent alors la progression ne se fait que dans une seule direction, et au lieu de cercles d'extension on n'a que des arcs de cercle, lesquels peuvent se combiner et se grouper de diverses manières, de façon à former des éléments circinés et gyratés. On peut de plus voir (obs. 29) se produire à quelques centimètres en arrière de ces zones d'envahissement, une, deux, plusieurs nouvelles rangées éruptives semblables à la première; elles développent leurs circinations parallèlement aux circinations précédentes, et elles ont un rayon d'autant plus petit qu'elles se sont produites plus tard. L'extension de ces curieuses lésions n'est pas indéfinie: arrivées à un certain âge, elles s'arrêtent court et meurent sur place.

Il est des cas dans lesquels l'éruption devient tellement intense et étendue, où les poussées éruptives sont tellement continuelles et subintrantes, où les bulles se forment si mal, et crèvent ou se dessèchent si vite, que les téguments rouges, infiltrés, douloureux, sont complètement couverts de squames foliacées en desquamation incessante, et de croûtes qui constituent des sortes de carapaces. L'aspect du malade est alors tout à fait semblable à celui des sujets qui sont atteints d'eczémas généralisés ou de pemphigus chroniques passés à l'état d'herpétides malignes exfoliatrices de Bazin; en un mot, c'est le pemphigus foliacé. Aussi pourrait-on donner à ces cas avec quelque apparence de raison le nom de *variété foliacée*.

Tout ce qui précède montre bien que dans l'affection qui nous occupe on ne doit attacher qu'une importance assez secondaire à la forme éruptive qu'elle revêt, puisque cette forme éruptive peut changer suivant les

phases de la maladie. C'est ici surtout qu'éclate la vérité du principe que nous défendons, qu'il est nécessaire pour bien comprendre les affections cutanées, de ne pas tenir compte uniquement de la lésion objective visible, tangible, existant à une période de la dermatose, mais que l'on doit s'élever jusqu'à la conception de la maladie envisagée dans son ensemble; que l'on doit tenir compte de tous ses éléments constitutifs, de son étiologie, de son évolution, de ses symptômes objectifs et subjectifs. C'est pour avoir méconnu ce principe que l'histoire de tant de dermatoses, et en particulier des dermatoses vésiculo-bulleuses, est restée jusque dans ces derniers temps environnée de tant d'obscurités. Ces affections sont avant tout polymorphes d'aspect : elles sont même protéiformes, changeantes dans leurs manifestations cutanées : on comprend dès lors combien il doit être difficile de les classer d'après les principes posés par Willan et Bateman. Aussi la même entité morbide a-t-elle été décrite sous les noms les plus divers, toujours avec apparence de raison. Aussi a-t-on pu dire qu'il y avait autant de variétés différentes que de cas particuliers. Avec un pareil point de départ, toute étude d'ensemble fructueuse et toute classification sont radicalement impossibles.

*Phénomènes subjectifs.* — Les phénomènes douloureux éprouvés par le malade ont à mon sens une importance capitale dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique. Ils sont constants, et je les considère comme un des quatre grands caractères pathognomoniques de cette dermatose.

Ils consistent essentiellement en démangeaisons d'une extrême intensité qui rendent la vie insupportable au malade. Parfois ce sont plutôt des sensations de chaleur et d'ardeur du côté des téguments, de piqûres d'abeilles, de picotements, de fourmillements, de cuisson et de brûlure, de tension douloureuse; mais ce sont les démangeaisons qui dominent.

Ces sensations peuvent exister seules et être pendant assez longtemps le seul phénomène morbide (voir observation 21); elles peuvent précéder l'éruption de quelques jours, de quelques heures, se développer en même temps qu'elle; rarement elles lui sont postérieures. Jamais, ainsi que je l'ai dit, elles ne font défaut. Dans le courant de la maladie, leur réveil, ou pour mieux dire leur redoublement d'intensité, annonce l'apparition prochaine d'une nouvelle poussée. D'ordinaire, leur violence se règle sur les maxima et les minima de l'éruption.

Elles existent d'ordinaire aux endroits où les lésions cutanées se produisent ou vont se produire; parfois cependant elles sont généralisées à tout le corps, tandis que l'éruption n'est que localisée; parfois elles atteignent leur maximum en des points qui ne seront le siège d'aucune altération visible, telles que la paume des mains et la plante des pieds.

D'autre part, tous les éléments morbides qui se produisent ne sont pas fatalement prurigineux, quoique ce soit là une exception des plus rares.

Le grattage peut calmer le prurit au bout d'un certain temps. L'ouverture des vésicules et des pustules le calme presque toujours. Aussi voit-on les malades qui ont remarqué ce fait se hâter d'ouvrir leurs bulles dès qu'elles paraissent. Les lésions les plus prurigineuses sont les éléments érythémateux et vésiculeux ; les pustules semblent être moins douloureuses, cependant elles causent parfois des démangeaisons atroces. Certains malades ont observé que le maximum des sensations se produisait au moment même où les éléments éruptifs apparaissaient, et que c'était le pourtour des plaques qui était le plus douloureux. Quelquefois le prurit est plus violent pendant le jour, mais d'ordinaire il s'exaspère vers le soir et cause de l'insomnie.

Parfois, il s'apaise lorsque les éléments nouveaux ont fini de se produire ; mais ce calme complet est assez rare, et dans la plupart des cas il est fort court et manque même complètement.

Dans certains cas, les sensations de chaleur et de brûlure ressenties par le malade en diverses régions, aux pieds par exemple, sont tellement intenses qu'il ne peut y tolérer aucun vêtement et les garde le plus possible à découvert.

On comprend combien de pareilles souffrances, presque continues, avec exacerbations atroces, doivent épuiser le malheureux qui en est atteint ; il ne dort que par intervalles, quelquefois même pas du tout ; il devient extrêmement nerveux, d'une impressionnabilité excessive, perd courage et arrive même parfois à avoir des idées de suicide.

*Marche de l'affection.* — La dermatite polymorphe prurigineuse chronique procède dans l'immense majorité des cas par poussées successives. Ces poussées sont irrégulières comme date d'apparition, comme intensité, comme forme d'éruption ; tel est leur grand caractère, qui est surtout marqué dans les observations américaines et que Duhring a bien mis en lumière.

La dermatite polymorphe prurigineuse chronique peut s'installer d'emblée chez le malade avec tous ses caractères, revêtir des allures franchement chroniques et procéder, dès le début, par poussées successives subintrantes ; elle peut, dans quelques cas, débiter par une période éruptive de 1 mois (obs. X), de 4 mois (obs. XXV), par plusieurs phases éruptives durant tout l'hiver et cessant en mai (obs. VIII) ; ces périodes éruptives sont suivies de périodes de calme complet. Cependant, même dans ces attaques que j'appellerai *prémonitoires de l'affection*, la maladie est le plus souvent déjà constituée par des poussées éruptives subintrantes dont l'ensemble constitue l'*attaque*.

Dans le courant même de la maladie, lorsqu'elle est nettement carac-

térisée par une durée de plusieurs mois, on peut également observer des périodes de calme complet. Mais c'est fort rare, et le plus souvent ce calme n'est que relatif; il y a toujours quelques phénomènes de prurit, quelques bulles, quelques vésicules, quelques pustules, quelques rougeurs figurées, qui apparaissent en un point quelconque du corps ou des muqueuses et qui témoignent que le processus morbide ne fait que sommeiller.

Ces particularités sont des plus importantes pour l'intelligence complète du groupe. Il est facile de voir que les attaques prémonitoires dont je viens de parler constituent dans leur ensemble des faits comparables à ceux que nous avons groupés dans notre troisième catégorie. Que le malade de l'observation VIII n'ait été observé que pendant les trois ou quatre premières années de son affection, et nous n'aurions pas hésité à faire de ce cas un type de notre variété bénigne récidivante. Inversement nous ignorons si les faits que nous avons rangés dans cette variété ne sont pas ultérieurement devenus des exemples de dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives vraie. Tout en maintenant nos divisions, quelque peu artificielles, nous le reconnaissons, mais utiles pour l'étude complète de ces dermatoses, nous devons mettre en relief les liens étroits qui réunissent entre eux tous ces faits.

La date d'apparition des poussées successives est tout ce qu'il y a de plus variable. Cette affection n'est nullement cyclique. A cet égard, j'établirai des distinctions nécessaires. Je viens de dire plus haut que les grandes périodes éruptives séparées par des intervalles d'accalmie, prémonitoires de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique vraie ou constitutives de la dermatite polymorphe prurigineuse bénigne ou subaiguë, doivent être dénommées *attaques* et sont constituées de *plusieurs poussées éruptives principales*; ces poussées éruptives principales peuvent elles-mêmes être constituées de plusieurs poussées éruptives plus courtes, subintrantes, que j'appellerai *poussées secondaires*.

Les *poussées principales* constituent les grandes phases successives de la maladie; elles sont d'ordinaire séparées les unes des autres par des périodes de repos complet ou de calme relatif. Elles peuvent avoir des physionomies diverses chez le même malade. C'est ainsi que dans l'observation I la première poussée éruptive fut pustuleuse, la deuxième papuleuse et papulo-vésiculeuse, la troisième vésiculeuse et pustuleuse, etc... Dans l'observation IV, pendant un an, les poussées furent vésiculeuses, bulleuses; puis survint une poussée pustuleuse, puis une poussée vésiculo-bulleuse; l'affection reprit alors un caractère pustuleux, et ainsi de suite; d'autres fois la poussée est nettement polymorphe. Je ne multiplierai pas ces exemples.

Ces grandes poussées éruptives ont une durée des plus variables; elles

peuvent persister fort longtemps avec toute leur intensité ou avec des variations de degré plus ou moins marquées ; d'ordinaire, elles évoluent en un laps de temps qui varie de 15 à 45 jours. Elles se prolongent plus ou moins suivant le nombre des poussées secondaires subintrantes qui les constituent.

Ces *poussées secondaires* ont d'abord une grande intensité, variable d'ailleurs suivant l'intensité générale de la poussée principale, puis elles diminuent graduellement à mesure que l'on approche de la fin de la période éruptive ; il est fort difficile d'évaluer leur durée, car elles sont le plus souvent subintrantes ; on peut toutefois dire d'une façon approximative qu'elles mettent de 8 à 25 jours à évoluer.

Dans l'intervalle des grandes poussées éruptives, il peut s'en produire d'autres plus petites, plus courtes, souvent même comme avortées ; elles interrompent les périodes d'accalmie, et montrent, ainsi que je l'ai dit plus haut, que le processus morbide ne fait que sommeiller. Ces intervalles d'accalmie relative ont, eux aussi, une durée des plus variables, de quelques jours à quelques semaines.

Parfois une poussée principale n'a pas encore complètement évolué qu'une deuxième poussée principale de même nature ou de nature différente commence à apparaître.

Presque toujours les poussées sont annoncées quelques heures ou quelques jours d'avance par un redoublement d'intensité du prurit et des douleurs cutanées.

Les éléments éruptifs peuvent ne se produire que peu à peu, successivement ; ils sont d'abord disséminés çà et là sur le corps ou localisés en un ou plusieurs points ; le plus souvent ils se développent avec une très grande rapidité ; il n'est pas rare, lorsque la poussée éruptive doit être forte, de voir en deux ou trois jours, parfois en vingt-quatre heures, parfois même en une seule nuit, apparaître des centaines, des milliers même d'éléments éruptifs. Dans ces cas, les phénomènes douloureux atteignent la plus grande intensité, et il est assez fréquent de voir la poussée s'annoncer par des frissons, du malaise et un certain état fébrile (1).

Il est bien difficile de préciser sous quelle influence apparaissent ces poussées éruptives. Le plus souvent elles surviennent sans cause appréciable. On a plusieurs fois remarqué qu'elles augmentaient d'intensité aux approches et au déclin de chaque époque menstruelle, qu'elles pouvaient même être en relation avec la suppression complète ou incomplète des règles (obs. 33) (ce qui établit des liens étroits entre ces cas et

(1) Voir de plus, pour l'étude de l'évolution de la variété bénigne de l'affection, les observations rangées dans notre troisième catégorie, et les réflexions que nous y avons annexées.



l'herpès gestationis), que les changements de température, que l'usage d'aliments excitants, semblaient déterminer leur apparition. Mais il n'y a évidemment là rien de précis.

Dans beaucoup de cas la maladie, après une durée plus ou moins longue, de plusieurs mois à plusieurs années, a une certaine tendance à diminuer d'intensité. Les poussées deviennent moins fortes, moins longues, comme avortées, plus espacées. Cependant la marche inverse peut s'observer.

*Symptômes généraux. — Complications. — Fièvre.*

Les symptômes généraux sont dans l'immense majorité des cas peu accentués. Le malade est parfois amaigri, débilité par l'intensité des phénomènes douloureux, par l'insomnie, par l'abondance de l'éruption. Il est assez souvent obligé de garder le lit, soit parce qu'il se sent réellement faible, soit surtout parce que les bulles et les pustules excoriées ne lui permettent pas de s'habiller et de marcher. La *diarrhée* est un des symptômes alarmants les plus fréquents; elle se montre surtout au moment des grandes poussées éruptives. Sa pathogénie est obscure : on serait presque autorisé à se demander si elle ne tient pas à la propagation des phénomènes éruptifs à la muqueuse intestinale, car elle ne présente nullement les caractères de la diarrhée cachectique et terminale du pemphigus chronique ou de l'herpétide maligne exfoliatrice. Elle disparaît en effet dès que la poussée se calme.

Dans les cas sérieux, on observe assez souvent un léger mouvement fébrile qui s'exaspère le soir et peut atteindre sous l'aisselle de 38 à 38°,5. Lorsqu'on touche les téguments intéressés, on éprouve parfois une sensation nette d'élévation de température. Nous avons signalé plus haut les accès fébriles qui annoncent ou accompagnent les poussées violentes.

Rarement on a noté de la dyspepsie : un des caractères majeurs de l'affection est au contraire la conservation de l'appétit. Malgré leur éruption et même lorsqu'ils ont le corps tout couvert de bulles, de pustules ou de rougeurs, les malades mangent volontiers. Très souvent ils ont de la constipation.

Les complications que nous avons pu relever dans nos 28 observations ne présentent pas la moindre importance. Nous signalerons des bronchites, des congestions pulmonaires, qui ont paru dans un cas (obs. 16) alterner avec les manifestations cutanées, des hémoptysies, des angines, des conjonctivites, des adénites cervicales, inguinales, axillaires, des furoncles et, dans un seul cas, des abcès, des inflammations quasi érysipélateuses. Dans l'observation 10, la mort a été déterminée par une péritonite tuberculeuse, mais c'était une maladie surajoutée, n'ayant très probablement que fort peu de rapports avec l'affection cutanée.

M. le Dr E. Besnier a observé dans un cas une endocardite. Sherwell (1) a trouvé du sucre dans les urines de deux malades atteints de cette dermatose. Dans aucune de nos 41 observations on n'a vu survenir de l'albuminurie. Mais j'ai constaté cette complication chez une des deux malades de M. le Dr E. Vidal, dont j'ai déjà parlé. Je crois, de plus, devoir mentionner à cet égard l'observation 8 de la thèse du Dr de Molènes-Mahon, recueillie à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le Dr E. Besnier; on y voit une éruption prurigineuse semblable à celle de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives coïncider ou pour mieux dire alterner avec une albuminurie des plus nettes. Comme étiologie, on trouve le surmenage, et l'état général du malade ne semble pas en somme avoir été fort mauvais pendant toute la période morbide relatée dans l'observation (2).

En somme, ce qui frappe, quand on étudie les phénomènes morbides qui accompagnent les diverses manifestations cutanées, c'est la conservation du bon état général, le peu de retentissement de l'affection sur le reste de l'organisme, sauf peut-être sur le système nerveux, la possibilité pour le malade, dans beaucoup de cas, ou tout au moins dans beaucoup de périodes de cette dermatose, de se lever, de travailler, de vaquer même à ses occupations habituelles.

*Durée et terminaisons.* — Il est impossible de donner des renseignements très précis à cet égard. Dans les 28 observations qui constituent notre première catégorie, les malades ont été perdus de vue au bout d'un certain temps, et la terminaison définitive de la dermatose n'est pas mentionnée. La durée, au moment où le sujet a disparu, varie de plusieurs mois à vingt ans : très fréquemment les poussées éruptives se produisaient depuis plusieurs années, de deux à cinq ans en moyenne, quand les malades ont été observés.

Bazin (3) signale la possibilité de la terminaison fatale « par la cachexie ultime si l'affection est très généralisée, ou par quelque manifestation brusque de l'arthritisme. C'est ainsi que nous avons observé un pemphigus arthritique, localisé pendant quatre mois aux mains et aux poignets, et qui ne s'est développé aux autres régions que pendant les derniers mois de la vie. Le malade a succombé à des phénomènes d'ataxie intenses. Nous nous demandons s'il ne faut pas rapprocher ces symptômes cérébraux de ceux qui caractérisent le rhumatisme cérébral (4). »

(1) Voir *Journal of cutaneous and venereal diseases*, p. 340, 1886.

(2) MOLÈNES-MAHON (Thèse du Dr DE), *De l'érythème polymorphe; contribution à l'étude des maladies infectieuses*. Paris, p. 91, 1886.

(3) Voir *Journal of cutaneous and venereal diseases*, p. 341, nov. 1886.

(4) BAZIN, *loc. cit.*, p. 311, 1868.

Si l'on considère l'observation de pemphigus chronique de la peau et de la muqueuse buccale, publiée par Bazin dans son ouvrage sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse (obs. 24, p. 473, 1868) comme une dermatite p. p. chronique, ce qui est à la rigueur possible, bien que nous ne l'ayons pas trouvée assez démonstrative pour avoir voulu la publier dans notre travail, cela porterait à cinq le nombre des cas à nous connus de cette affection terminés par la mort (1). Dans l'observation que nous venons de citer, la terminaison fatale est arrivée peu à peu, graduellement, dans la cachexie la plus complète. Dans l'observation 10, elle a été causée par une péritonite tuberculeuse; dans l'observation 30, par des accidents aigus fébriles à marche rapide qui semblent tenir à une complication dont la nature réelle a passé inaperçue; dans l'observation 31, on ne nous donne aucun détail sur les derniers moments du sujet.

Dans l'observation 32, la terminaison fatale, quoique non mentionnée, semble fort probable; et elle s'est, sans doute, produite comme dans l'observation préalablement citée de Bazin, par affaiblissement graduel du malade avec une diarrhée incoercible et quelques symptômes fébriles. Dans l'observation 29, l'affection avait pris peu à peu l'aspect du pemphigus foliacé; il s'est produit de la diarrhée, des escharres, de l'affaiblissement graduel du malade qui a succombé avec quelques phénomènes fébriles.

Ces documents (2) semblent donc confirmer les idées de Bazin au point de vue de la terminaison possible par la mort. Nous compléterons seulement ce qu'il en a dit en ajoutant que la d. p. p. chronique à poussées successives semble parfois, mais bien rarement, pouvoir se terminer fatalement en passant à l'état de pemphigus foliacé ou mieux d'herpétide maligne exfoliatrice.

Notre grand dermatologiste signale également la possibilité de la guérison définitive. Le malade du Dr L.-D. Bulkley (3) (obs. 16) aurait guéri sous l'influence de fortes doses d'arséniate de soude après être resté souffrant pendant plus de 5 ans. Reste à savoir si, dans ce cas comme dans les autres faits analogues, il s'agit de guérison définitive ou simplement de périodes plus ou moins longues d'accalmie complète.

(1) Nous en connaissons en réalité six, puisque l'une des deux malades de M. le Dr E. Vidal, dont nous avons si souvent parlé et dont nous ne possédons pas les observations complètes, a succombé à une congestion pulmonaire avec albuminurie.

(2) Il est bien entendu que nous maintenons ici toutes les réserves que nous avons formulées au début de ce chapitre sur la nature réelle des observations rangées dans notre deuxième et notre troisième catégorie. Nous sommes obligé d'utiliser ici ces documents pour être complet au point de vue des terminaisons possibles de la d. p. p. chronique.

(3) Voir *Journal of Cut. and Ven. diseases*, p. 341, novembre 1886.

Les observations que nous avons rangées dans notre troisième catégorie semblent, néanmoins, démontrer qu'un processus éruptif, semblable à celui que nous étudions, peut assez souvent se terminer par la guérison, soit spontanément, soit sous l'influence d'une médication appropriée.

D'autre part, il est incontestable que l'affection persiste parfois, en dépit de toute intervention thérapeutique, jusqu'à ce qu'une affection intercurrente vienne emporter le malade.

*Traitement.* — Les divers traitements expérimentés jusqu'ici n'ont donné que des résultats peu satisfaisants. Au point de vue interne, on a tout essayé. On a prescrit les alcalins, le régime lacté, le fer, l'iodure de fer, le perchlorure de fer, le soufre, le tartrate de potasse, l'arséniate de soude, les toniques, la strychnine, la belladone, l'atropine, la quinine, la cinchonidine, l'ergotine, la teinture de cantharides, les amers, l'iodure de potassium, les laxatifs de toute espèce, etc.

L'iodure de potassium a paru exagérer les poussées. La strychnine dans un cas, a semblé produire de l'amélioration. Les médicaments qui ont été le plus utiles sont d'abord et avant tout l'*arséniate de soude*, qu'Hutchinson, depuis longtemps déjà, préconise contre les affections pemphigineuses, puis les *toniques*, et en particulier la *quinine* et l'*ergotine*. Nous avons cru dans deux cas (obs. 24 et 27) avoir obtenu de réelles améliorations par l'emploi successif ou diversement combiné de l'arséniate de soude, du bromhydrate de quinine, de l'ergot de seigle et de la belladone. Mais nous ne voulons rien affirmer dans une question aussi difficile : il serait fort possible que l'administration de ces substances ait coïncidé avec une période d'accalmie de l'affection. Nous savons de source certaine que, chez une malade actuellement en traitement, l'administration de l'arséniate de soude fait rapidement disparaître l'éruption. Celle-ci reprend au contraire dès que l'on cesse l'usage du médicament.

Il faut reconnaître que, dans la plupart des faits de guérison connus, l'amélioration a été obtenue par l'administration de l'arséniate de soude, donné progressivement à des doses énormes et jusqu'aux limites extrêmes de la tolérance. C'est ainsi que L.-D. Bulkley est arrivé à faire disparaître l'éruption chez son malade, et que la guérison a été obtenue dans les cas 36 et 38.

Dans l'observation 41, une bonne alimentation et des pansements secs, dans l'observation 37 des toniques et des sédatifs du système nerveux, du fer, de la quinine, de l'asa fétida, dans l'observation 38 de l'huile de foie de morue et des moyens puissants pour rétablir le flux menstruel, ont suffi pour obtenir un résultat favorable. Enfin, dans l'observation 39, l'arséniate de soude ayant échoué, l'administration de la teinture de belladone fut suivie des meilleurs effets.

Au point de vue local, tous les topiques ont été essayés avec des résultats très divers. Toutes les lotions antiprurigineuses à l'acide phénique, au sublimé, à la liquor picis alcalinus, etc., ont été employées. Le goudron, le soufre, les bains alcalins, les bains d'amidon ne semblent pas avoir produit de bons effets. Les bains prolongés ont soulagé quelques malades, mais nous avons été obligé d'en suspendre l'usage dans l'observation 29; ils ramollissaient trop les téguments. Le même inconvénient résulte souvent des applications émollientes, telles que cataplasmes de fécule, enveloppement caoutchouté, etc. Les pommades à l'oxyde de zinc, à l'oléate de bismuth, au goudron, etc., ont quelquefois soulagé les malades; les onctions au liniment oléo-calcaire avec ou sans incorporation de un centième ou un cent cinquantième d'acide phénique, suivies de l'enveloppement d'ouate ont donné, en France d'assez bons résultats. Il en est de même des poudres inertes, amidon, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, même tannin et surtout poudre de talc. Souvent les malades, soumis pendant longtemps au traitement émollient et chez lesquels l'éruption augmente d'intensité, se trouvent fort bien des poudres sèches employées à l'extérieur, tandis qu'on administre à l'intérieur l'arséniate de soude ou les médicaments toniques vaso-moteurs.

Bien que les résultats que nous venons d'analyser ne soient pas très encourageants, nous croyons cependant, qu'en présence d'un cas de d. p. p. chronique, l'on ne doit pas perdre entièrement courage et se borner à faire de l'expectation déguisée.

Voici ce que nous conseillerions de tenter :

1° Surveiller le régime du malade, recommander l'usage du lait, supprimer complètement le café, le thé, les liqueurs, le vin pur, les aliments excitants ou de digestion difficile, le tabac ;

2° Veiller à la régularité des fonctions digestives et urinaires ;

3° S'efforcer d'éviter au malade toute sorte d'émotions; calmer, s'il en est besoin son système nerveux par les préparations de valériane, d'asa fœtida, de castoréum et peut-être même de musc; on pourra les administrer en suppositoires ou en lavements, si l'estomac est intolérant : nous ne répéterons pas la même remarque à propos des autres médicaments dont nous allons parler ;

4° Donner de l'arséniate de soude : commencer d'abord par des doses modérées, mais les augmenter assez rapidement quoique avec prudence, de manière à arriver aux limites extrêmes de la tolérance, tout en respectant avec le plus grand soin le bon état du tube digestif : au besoin, faire des injections hypodermiques ;

5° S'il y a de la fièvre, donner du bromhydrate de quinine ;

Si l'arséniate de soude semble ne produire aucun effet utile, recourir aux toniques, à la teinture de belladone, à la strychnine, à l'huile de foie

de morue, ou mieux essayer la combinaison des trois médicaments suivants : Bromhydrate de quinine, ergotine et belladone, qui, donnés seuls ou combinés de diverses manières avec l'arséniate de soude, ont paru assez efficaces : le bromhydrate de quinine et l'ergotine (à de 30 à 60 centigrammes par jour) associés à l'extrait de belladone (de 5 milligrammes à 3 centigrammes par jour), nous ont donné d'ailleurs d'excellents résultats dans les urticaires chroniques rebelles, dans les urticaires bulleuses, et dans les éruptions polymorphes érythémato-bulleuses.

5° Au point de vue de la médication locale, recommander aux malades, si les douleurs sont trop vives, d'ouvrir les bulles avec une aiguille purifiée, de faire des lotions à l'eau boriquée ou bien des lotions anti-prurigineuses à l'acide phénique, au sublimé, à l'acide cyanhydrique, à la cocaïne, etc... Suivant les cas, essayer les bains continus (que l'on abandonnera s'ils paraissent trop ramollir l'épiderme), les onctions de vaseline, d'axonge fraîche, de glycérolé d'amidon, de liniment oléo-calcaire pur ou additionné d'un peu d'acide phénique ou d'acide borique avec enveloppement ouaté, d'huile de foie de morue pure ou légèrement naphtolée; tenter même au besoin des cautérisations au nitrate d'argent (Voir le traitement de l'herpes gestationis, quatrième partie). Souvent ce sont les pansements secs avec les poudres qui soulagent le mieux le malade et irritent le moins les lésions cutanées.

Je n'insiste pas sur les détails de la médication, sur la nécessité de prescrire des gargarismes et des collutoires calmants dans les cas d'éruptions sur les muqueuses, etc...

#### [*Nature. — Pathogénie.*

Nous connaissons maintenant la symptomatologie de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique : nous pouvons donc aborder l'étude de sa pathogénie et de son diagnostic, et discuter le nom qu'il convient de lui donner.

Malgré la diversité des aspects que peut présenter l'affection, malgré l'énorme différence qui semble exister au premier abord entre certains faits dans lesquels toute la surface des téguments est couverte de bulles ou de pustules, ou qui ressemblent à des pemphigus foliacés, et certains autres dans lesquels tout le processus se borne par moments à quelques circinations érythémateuses couronnées de vésicules ou de bulles, nous n'hésitons pas à déclarer que les 28 observations que nous venons d'étudier nous paraissent absolument comparables entre elles, et constituent, à notre avis, un type morbide parfaitement caractérisé qu'il est impossible d'assimiler à aucune des dermatoses déjà décrites, si l'on en excepte les arthritides bulleuses de Bazin et l'hydroa pruriginosum de Tilbury



Fox. Duhring en a donné une bonne description sous le nom de dermatite herpétiforme, mais il a eu le tort grave à nos yeux de ne pas la dégager suffisamment et de ranger à côté d'elle dans un seul et même cadre nosologique, sous un seul et même nom, quantité de faits qui doivent encore en être distingués. Malgré ces imperfections, ce n'est que justice de tenir grand compte des travaux américains récents sur cette matière, et nous devons avant tout, au point de vue de la pathogénie de ces dermatoses, signaler les idées de plusieurs cliniciens du Nouveau-Monde (1), qui sont persuadés que l'origine première de ces affections doit résider dans quelque important trouble nerveux. Ils reconnaissent, d'ailleurs, que ce ne sont encore là que des hypothèses vraisemblables, hypothèses qui font soupçonner l'existence de quelque lésion dans les centres et dans les troncs nerveux.

Nous serions pour notre part, avouons-le, assez disposé à nous rallier à cette opinion. Si cette question n'avait pas été déjà soulevée, nous l'aurions probablement laissée de côté, car nous aimons peu ces spéculations purement théoriques : examinons cependant en peu de mots les hypothèses principales que l'on peut formuler :

1° En ce moment, les théories microbiennes sont en honneur ; on a donc cherché le microbe pathogène des affections pemphigineuses : mais son existence ne paraît pas encore démontrée d'une manière irréfutable. Certes, ce n'est point là une preuve de la nature non parasitaire de la dermatose qui nous occupe. A l'heure actuelle, on ne peut affirmer qu'elle soit ou non causée par un micro-organisme. Nous devons seulement rechercher si les faits cliniques plaident en faveur de cette origine. Or, nous ne voyons pas que leur examen attentif conduise à soupçonner l'existence d'un microbe. L'affection ne semble être ni contagieuse, ni inoculable ; les éléments ne sont pas auto-inoculables, si ce n'est lorsqu'ils sont devenus purulents. La longue durée non cyclique des phénomènes éruptifs, leurs poussées successives irrégulières pendant plusieurs années, souvent sans la moindre cause appréciable, tout cet ensemble n'est pas en faveur de l'hypothèse d'un microbe pathogène.

2° Peut-on invoquer ici l'influence nocive de produits excrémentitiels ou de réduction imparfaite, de leucomaines par exemple, lesquels, introduits dans la circulation, détermineraient soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux, les accidents cutanés ? Nous croyons qu'il est encore impossible dans l'état actuel de la science, de donner une réponse quelconque à cette question. L'analyse du sang, des urines, du liquide des bulles, la longue observation des malades au point de vue

(1) Voir en particulier le mémoire de L. DUNCAN BULKLEY. De l'existence de la dermatite herpétiforme de Duhring comme maladie distincte (*Journal of Cut. and Ven. diseases*, p. 111, avril 1886).

chimique pendant les périodes de calme et de poussée, tous ces travaux minutieux sont nécessaires pour que l'on puisse émettre la moindre opinion motivée à cet égard.

3° Mais ce qui paraît, malgré l'insuffisance de documents précis, assez bien établi par l'examen attentif des seuls faits cliniques, c'est que le système nerveux joue un rôle quelconque dans le mécanisme de production des phénomènes cutanés. Que ce rôle soit primitif, et que l'affection soit une dermatoneurose pure, ou qu'il soit secondaire à l'action sur le système nerveux d'un microbe ou d'une leucomaïne, causes premières, c'est ce que nous ignorons complètement. Ce que nous croyons pouvoir affirmer, c'est que le système nerveux est intéressé. En effet, nous avons vu que l'un des symptômes majeurs de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique est constitué par ces manifestations quasi névralgiques du côté de la peau qui, presque toujours, précèdent ou tout au moins accompagnent l'éruption, et qui revêtent parfois la forme tangible de l'urticaire; ces phénomènes si intenses, si rebelles, si constants de prurit, de cuisson, de brûlure, impriment à cette dermatose un cachet tout spécial, et en font une des affections les plus pénibles qui existent. Les malades ont parfois des antécédents de nervosisme, soit chez eux, soit chez leurs parents; parfois ils sont atteints à la suite de surmenage physique ou intellectuel, ou de violentes émotions morales (1). Enfin l'éruption est presque toujours symétrique. Toutes ces particularités ne forment-elles pas, dans leur ensemble, un argument réellement important en faveur d'une altération quelconque du système nerveux ? \*

On a d'ailleurs signalé des phénomènes cutanés identiques à ceux de la maladie qui nous occupe dans des cas où des lésions du système nerveux ont été constatées de visu. Tel est le cas de Bristowe (2), dans lequel il s'agit d'un homme atteint de carie des vertèbres dorsales supérieures, qui fut pris de démangeaisons plus ou moins générales, puis d'une éruption érythémateuse circonscrite et vésiculo-bulleuse des plus prurigineuses aux membres supérieurs et à la partie supérieure du corps. Tel est encore le cas de Meier (3), que nous avons analysé plus haut, qui est tout à fait comparable comme symptôme objectif et subjectif, sauf la durée et la terminaison rapidement fatale, à la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, et dans lequel on trouva à l'autopsie une dégénérescence accentuée des rameaux

(1) Voir de plus ce que nous disons à propos de la pathogénie de l'herpès gestationis dans la quatrième partie de ce travail.

(2) BRISTOWE J.-S. Observations d'érythèmes à formes variées et présentant des relations avec l'herpès, le pemphigus et d'autres affections (*St Thomas's Hospital Reports new series*, vol. 5, p. 236, 1874).

(3) MEIER. Cas de dermatite pemphigoiïde avec lésions du système nerveux (*Arch. für pathol. Anat. u. physiol.*, Band 94, p. 1886, 1888).

nerveux correspondant aux régions malades, de la segmentation de la myéline et de la prolifération des noyaux, de la sclérose des cordons de Goll et des foyers scléreux dans les cordons de Burdach.

Certes, je ne veux point dire que dans notre dermatose il y ait des altérations nerveuses centrales ou périphériques aussi accentuées. Les accalmies et les quasi-guérisons observées semblent prouver au contraire que les lésions produites, quelles qu'elles soient, doivent être des lésions transitoires; mais tous ces faits, je le répète, tendent à confirmer l'hypothèse des dermatologistes américains.

### Diagnostic.

Nous allons pouvoir établir, d'une manière précise, le diagnostic différentiel de la dermatite p. p. chronique et des affections similaires, parce que nous avons soigneusement élagué tous les faits qui ne cadreraient pas rigoureusement avec le type morbide constitué par les quatre grands caractères majeurs que nous avons mis en relief: 1° *Éruption polymorphe*; 2° *phénomènes cutanés douloureux*; 3° *longue durée avec poussées successives pouvant avoir des aspects divers*; 4° *bon état général*.

Les limites de la dermatite p. p. chronique ainsi comprise sont, en effet, des plus nettes.

Elle diffère de l'*érythème polymorphe* par sa tendance beaucoup plus grande à être vésiculeuse, bulleuse et pustuleuse, par ses symptômes prurigineux si intenses, enfin et surtout par sa longue durée et son évolution. Les mêmes caractères la distinguent de l'*herpès iris de Bateman* (hydroa vésiculeux de Bazin).

Elle diffère des éruptions dites *pemphigus aigu* par sa durée, par les poussées successives qui suivent la première attaque, par le polymorphisme plus grand de l'éruption, par les phénomènes prurigineux qui l'accompagnent, enfin par la conservation du bon état général.

Elle diffère des autres dermatoses autrefois groupées avec elle dans le cadre si obscur du *pemphigus chronique* par le polymorphisme plus accentué de son éruption, par sa marche faite d'accalmies et de poussées aiguës successives, par la variabilité d'aspect de ses lésions à deux périodes données, par l'intensité des phénomènes douloureux, enfin et surtout par la conservation du bon état général. Nous reconnaissons toutefois que ce point particulier réclame des études ultérieures. Maintenant que nous avons distingué dans l'ancien groupe pemphigus chronique une dermatose nettement caractérisée, la dermatite p. p. chronique, il est nécessaire d'étudier les autres faits compris dans ce groupe, de tâcher de les classer afin d'éviter de nouvelles confusions et

des incertitudes qui se produiront presque fatalement devant un cas donné d'éruption bulleuse chronique ne présentant pas de la manière la plus nette les symptômes majeurs du type que nous étudions.

L'une des questions les plus difficiles que nous ayons à soulever, au point de vue du diagnostic, est celle des relations des dermatites polymorphes prurigineuses considérées en général et des *urticaires bulleuses*. Il est incontestable que nombre d'urticaires bulleuses ont été décrites sous le nom d'hydroa pruriginosum ou de pemphigus pruriginosus. Il est certain, d'autre part, que dans nos observations, on a parfois observé des éléments urticariens. Nous croyons que ce point particulier doit être l'objet de recherches nouvelles minutieuses. Pour le moment, tout en émettant beaucoup de réserves au point de vue de la nature véritable de ces deux affections, nous dirons qu'elles nous paraissent, assez voisines l'une de l'autre au point de vue pathogénique et même au point de vue symptomatique. Néanmoins, jusqu'à nouvel ordre, on peut et l'on doit décrire une *urticaire bulleuse vraie*, distincte des affections que nous étudions. Cette urticaire bulleuse vraie est avant tout caractérisée par ce fait majeur que tout soulèvement bulleux de l'épiderme se forme sur un élément urticarien préexistant; de plus, il est possible de provoquer de l'urticaire factice chez les sujets qui en sont atteints. D'ordinaire, l'éruption bulleuse est dans ces cas moins abondante, beaucoup plus éparse que dans les dermatites polymorphes prurigineuses, cependant ce caractère n'est pas constant, et j'ai vu des cas dans lesquels, au premier abord, comme polymorphisme et comme abondance de l'éruption, il était absolument impossible de différencier l'urticaire bulleuse d'une dermatite polymorphe prurigineuse. Je me contente de signaler ces faits à l'attention des observateurs sans y insister davantage, car leur étude doit être complètement reprise avec des documents nouveaux. Ce que nous venons de dire pour les urticaires bulleuses ne s'applique pas seulement à la dermatite p. p. chronique, mais à toutes nos dermatites polymorphes prurigineuses.

Il en est de même de certaines éruptions artificielles dues à l'ingestion de médicaments et qui peuvent simuler à peu près complètement les dermatoses dont nous nous occupons, mais surtout celles que nous désignons sous le nom de dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Nous avons vu dans le service de M. le Dr E. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, un homme qui était venu à la consultation pour une affection cutanée datant de trois à quatre semaines, caractérisée par du prurit, par des éléments urticariens, par de l'urticaire factice, par des bulles irrégulières de dimensions variables, transparentes ou un peu hémorrhagiques, se formant soit sur les élevures urticariennes, soit d'emblée sur la peau saine. Cet homme sortait d'un hôpital général où

il avait été traité pour un rhumatisme articulaire, par du salicylate de soude. Ce n'était pas une simple urticaire bulleuse, puisqu'il y avait des bulles qui paraissaient d'emblée sur la peau saine. Était-ce une de nos dermatoses ? ou bien une éruption pathogénétique causée par le salicylate de soude ? Pour trancher cette question difficile, M. le Dr E. Besnier donna au malade l'iodure de potassium, et, malgré l'ingestion de ce médicament, l'éruption s'affaissa et disparut complètement. Il en conclut que ce n'était qu'un accident sans la moindre importance, dû au salicylate, car s'il en avait été autrement, l'iodure de potassium aurait sûrement aggravé les phénomènes cutanés.

Pour être complets, nous devrions maintenant distinguer la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives des affections diverses qu'elle peut simuler, telles que l'herpétide maligne exfoliatrice à laquelle elle semble d'ailleurs pouvoir réellement aboutir, l'herpès, l'impétigo, l'eczéma, le prurigo (voir obs. 40), les aphthes, les plaques muqueuses, les ulcérations buccales et pharyngées diverses, etc. Mais ce travail, aussi facile que fastidieux, ne nous paraît avoir aucune importance et n'offrir aucun intérêt réel. Les caractères de l'affection que nous venons d'établir sont en effet trop tranchés pour que tout médecin ne puisse faire lui-même ces distinctions.

Cependant il sera parfois nécessaire d'observer le malade pendant un certain temps et d'attendre que le polymorphisme de l'éruption soit devenu évident pour poser un diagnostic précis.

Il faut se défier en particulier des *prurigos rebelles* survenus sans cause appréciable chez des sujets arthritiques ou nerveux. Ils ne sont parfois que la période prémonitoire d'une dermatite polymorphe prurigineuse. La moindre formation bulleuse doit dans ce cas donner l'éveil.

#### *Quel nom faut-il donner à la maladie ?*

Duhring a défendu à plusieurs reprises le nom de *dermatitis herpetiformis* sous lequel il a groupé les diverses affections que nous étudions. Il préfère le terme d'herpetiformis au terme multiformis (ou polymorphe) parce qu'il y a déjà une dermatose (l'érythème polymorphe) qui porte ce dernier nom; le terme dermatitis multiformis pourrait, dit-il, prêter à la confusion et faire croire que le groupe morbide nouveau n'est qu'un simple stade avancé de l'érythème multiforme, ce qu'il ne croit pas (1). Il pense (2) que le terme herpétiforme est excellent : car dans tous les cas on observe des groupes herpétiformes de vési-

(1) Voir DUHRING (*Loc. cit.*, 1887).

(2) Voir DUHRING. *Loc. cit.* (*Journal of Cut. dis.*, p. 318, 1885).

cules, et c'est même là, d'après lui, l'un des caractères importants de la maladie (1).

White, dès 1885 (2), a protesté contre cette dénomination ; il a fait remarquer, avec beaucoup de raison, que l'élément herpétique n'existe pas toujours ; aussi préfère-t-il le terme *multiforme*. Le docteur Bulkley (3) croit, lui aussi, que les éléments herpétiques ne sont qu'une des modalités éruptives de l'affection : il préférerait de beaucoup le mot *multiformis* ou *neuritica*, pour exprimer l'idée que dans la grande majorité des cas l'élément nerveux est en jeu : mais il se rallierait surtout au terme *dermatitis pruriginosa* par lequel on indique qu'il existe un élément inflammatoire, et l'on rappelle que le prurit est, par excellence, un symptôme constant.

Piffard a proposé depuis 1884 le terme de dermatite multiforme pour désigner jusqu'à nouvel ordre ces éruptions encore bien obscures et non classées. Sherwell, Allen, acceptent également cette dernière dénomination. Enfin, le docteur Morrow, tout en disant qu'il n'a pas d'opinion bien arrêtée sur ces affections si peu connues, croit que, si leur origine nerveuse est incontestable, le nom de *trophoneurotic dermatitis* serait celui qui leur conviendrait le mieux.

Le mot vague de *dermatite* nous semble pouvoir être conservé pour désigner l'ensemble des phénomènes inflammatoires que l'on observe du côté de la peau dans l'affection que nous venons de décrire. L'épithète de *polymorphe* ou *multiforme* cadre bien avec son éruption essentiellement composée d'éléments d'aspects divers ; il est vrai que celle de *pemphigoïde* serait peut-être tout aussi expressive. Il nous paraît nécessaire, ainsi que nous l'avons établi dans la 1<sup>re</sup> partie de ce travail, d'y ajouter l'épithète de *prurigineuse*, car les phénomènes douloureux qui se produisent du côté des téguments constituent l'un des caractères majeurs du type morbide ; cependant nous reconnaissons que ce terme n'est peut-être pas assez compréhensif, car parfois ce sont les sensations de cuisson, de chaleur, de brûlure, de tension qui dominent : nous aimerions mieux le mot *dermalgique* ou le terme *algodermatite* par exemple, n'osant pas employer les mots *trophoneurotic* ou *neuritica* proposés par Morrow et Bulkley, parce qu'ils ne nous paraissent pas encore suffisamment justifiés. Enfin l'épithète de *chronique à poussées successives* exprime le dernier grand caractère de l'affection, c'est-à-dire sa longue durée avec attaques successives.

Nous dirons donc que la dénomination provisoire qui, pour le moment,

(1) Voir dans la première partie de ce travail, chap. III, l'exposé des motifs qui nous empêchent d'adopter le nom proposé par Duhring.

(2) WHITE. Discussion après la communication de Duhring (*Ibidem*, 1885).

(3) L.-D. BULKLEY. (*Loc. cit.*, avril 1886).



nous semble convenir le mieux à la dermatose que nous venons d'étudier est celle de DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE CHRONIQUE A POUSSÉES SUCCESSIVES : nous reconnaissons toutefois qu'elle est beaucoup trop longue pour être définitive (1).

(1) Voir de plus ce que nous disons à ce sujet dans la première partie de ce travail, chap. V.

(A suivre.)

## RECUEIL DE FAITS.

---

### I

## DEUX CAS DE DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING,

Par le Dr **TENNESON**, médecin de l'hôpital Saint-Louis,  
Et M. **GASTON LYON**, interne à l'hôpital Saint-Louis.

---

Les dermatoses chroniques, de cause inconnue, peuvent être partagées, quant à présent, en deux groupes naturels. Les unes gardent indéfiniment la même forme anatomique, les mêmes caractères objectifs; les autres revêtent simultanément ou successivement des formes anatomiques différentes, des caractères objectifs variés; elles sont multiformes ou polymorphes.

Dans le groupe encore confus des dermatoses chroniques et polymorphes, de cause inconnue, Duhring a distingué, depuis quelques années, une espèce et l'a appelée *dermatite herpétiforme*.

Le nom a fait tort à la chose; plusieurs se refusent à voir une affection herpétiforme, là où souvent n'existe rien qui ressemble à de l'herpès. Peut-être le savant dermatologiste de Philadelphie eût-il été mieux inspiré en choisissant, pour une espèce nouvelle, un de ces noms qui, ne signifiant rien par eux-mêmes, se prêtent à toutes les évolutions de la science, et qui s'adaptent à toutes les théories, parce qu'ils n'en rappellent aucune. Peut-être aussi Duhring a-t-il trop élargi le champ de la dermatite herpétiforme; c'est du moins ce que M. Brocq s'applique à démontrer dans un important travail en cours de publication.

Pour notre part, nous écartons aujourd'hui toutes les questions théoriques et historiques que soulève la maladie de Duhring et apportons seulement deux faits qui répondent à sa forme typique (1).

### OBSERVATION I.

L... (Julie), âgée de 42 ans, lingère, entre le 27 février 1888, à l'hôpital Saint-Louis, salle Émery, n° 10. — Service de M. Tenneson.

(1) M. Baretta a pris sur nos deux malades, avec son talent habituel, trois moulagés que nous avons déposés au musée de l'hôpital Saint-Louis n° 1331 et 1333.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 49 ans d'une maladie chronique.

Mère atteinte d'aliénation mentale à 33 ans ; morte subitement deux ans après le début de cette maladie, à la Salpêtrière.

Douze frères et sœurs morts en bas âge.

*Antécédents personnels.* — M<sup>me</sup> L... a toujours été bien réglée.

Pas de grossesses ni de fausses couches.

Pas de syphilis.

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 16 ans ; M<sup>me</sup> L... fut soignée à la Pitié, où elle séjourna plusieurs mois ; par la suite, elle n'a jamais eu de douleurs articulaires.

Vers l'âge de 34 ans, névralgies faciales, survenant plusieurs fois par mois et n'ayant disparu que cinq ans après leur début.

Il y a douze ans, ictere accompagné de troubles digestifs ; il s'agissait vraisemblablement d'un ictere catarrhal (les douleurs hépatiques, les vomissements, etc. firent défaut).

A noter également, à partir de la même époque, des palpitations assez fréquentes et la tendance à l'essoufflement.

Vers le commencement de l'année 1886, une leucorrhée persistante s'installa sans métrorrhagies, ni douleurs abdominales.

Au mois d'août de la même année, ménopause ; à peu près à la même époque, la malade remarque quelques troubles de la vue ; il lui arrivait parfois d'avoir de la diplopie ; d'autre part, elle eut de la pollakiurie nocturne ; elle était contrainte de se lever plusieurs fois par nuit, ce qui jusqu'alors ne lui était jamais arrivé.

Dans le cours de cette année 1886, M<sup>me</sup> L... fut traitée à la Maternité pour l'affection utérine qui donnait lieu à cette leucorrhée tenace (grattage du col, applications de tampons).

En décembre 1886, elle fut atteinte pour la première fois d'une éruption qui se traduisit par des *placards érythémateux*, d'étendue variable, siégeant sur les avant-bras ; ces placards étaient surmontés de nombreuses vésicules grosses comme des têtes d'épingle et qui s'affaissaient rapidement, donnant lieu à un suintement abondant ; l'éruption dura une quinzaine de jours et fut accompagnée de cuisson, d'un prurit intolérable.

Il n'y eut rien jusqu'au mois d'août 1887 ; à ce moment survint une douleur localisée à l'articulation tibio-tarsienne droite, avec œdème de la face dorsale du pied et de la région malléolaire ; quelques jours après le début de cette douleur qui fut qualifiée de sciatique par le médecin (?), se montrèrent des placards érythémateux surmontés de vésicules, analogues à ceux qui avaient apparu un an auparavant, mais plus nombreux et siégeant cette fois sur les membres inférieurs ; le médecin appela cette éruption *eczéma suraigu* ; à peu près, au même moment, surgirent des *bulles* de petites dimensions, disséminées un peu partout, mais siégeant principalement sur les avant-bras ; elles reposaient sur une peau saine, nullement sur des surfaces rouges ; la malade fut traitée localement par le liniment oléo-calcaire ; à la fin de septembre, il n'y avait plus traces de cette éruption, et M<sup>me</sup> L... se disposait à partir pour la campagne, lorsque survint une éruption à caractères nouveaux : c'étaient des *cercles de vésicules*, à peau centrale saine, présentant l'aspect normal ; M<sup>me</sup> L... entra à la maison municipale de santé, y fit un séjour de quinze jours.

Quelque temps après sa sortie, M<sup>me</sup> L... fut atteinte de *papules ortiées*

siégeant sur les membres, principalement sur les membres inférieurs, mais laissant le tronc indemne ; de plus, et à intervalles plus ou moins rapprochés, à côté de ces papules blanches au centre, rouges à la périphérie, se forment des bulles de petites dimensions (de la grosseur d'un pois), bulles qui, au bout de deux ou trois jours, se vidaient de leur contenu ; il n'y en avait pas plus de trois ou quatre simultanément.

*État actuel.* — On constate sur la face antérieure des bras et des avant-bras, sur les faces antérieure et interne des cuisses, un grand nombre de papules rosées, larges comme une lentille ; quelques-unes siègent sur la paroi antérieure de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic.

Outre ces éléments éruptifs, il existe un petit nombre de bulles disséminées, sur le tronc et les membres ; elles sont de dimensions variables : les unes à peine grosses comme une tête d'épingle, les autres présentant le volume d'un gros pois ; elles atteignent leur plus grand développement à la racine des bras et au niveau des aisselles ; ainsi, on constate sur le bord antérieur de l'aisselle gauche trois bulles hémisphériques plus volumineuses que les autres ; on en trouve une grosse comme une noisette dans le creux axillaire droit, etc. ; toutes ces bulles ont pour base une peau qui présente son aspect normal ; elles sont bien tendues et contiennent un liquide citron, transparent (1) ; outre ces bulles, il y a en certains points une tendance à la vésiculation, un soulèvement de la couche cornée à l'état d'ébauche, qui s'apprécie autant au toucher qu'à la vue.

La malade accuse un prurit constant, intense ; elle insiste sur ce symptôme qui lui enlève tout repos, et qui a accompagné toutes les éruptions précédentes ; cependant, peu de traces de grattage. L'appétit est diminué ; les digestions sont moins bonnes qu'auparavant.

La malade accuse toujours des accès de palpitations ; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, à 10 centimètres environ de la ligne médiane ; léger souffle systolique à la pointe ; bruit de galop intermittent dont le maximum est dans le quatrième espace, non loin du bord gauche du sternum. Hypertrophie du cœur sans lésions valvulaires ?

La limite supérieure du foie se trouve plus bas que d'habitude ; d'ailleurs cet organe a ses dimensions normales ; il mesure 10 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire.

Leucorrhée abondante ; par le toucher vaginal, on constate un épithélioma végétant du col.

Léger nuage d'albumine dans les urines ; en traitant l'urine par la solution saturée de sulfate de magnésie, on précipite de la globuline et l'on obtient ensuite, par l'action de la chaleur et de l'acide acétique, un léger trouble dû à la sérine.

Urée, 12<sup>gr</sup> 50. Le volume des urines émises dans les 24 heures a été de 1 litre. Néphrite interstitielle probable.

*Traitement.* — Liqueur de Fowler, 20 gouttes ; glycérôle tartrique, etc.

7 mars. — Même état qu'au jour de l'entrée ; il y a de nouvelles papules sur les avant-bras.

9 mars. — Petites bulles sur l'avant-bras gauche ; la paroi antérieure de l'abdomen se recouvre de papules ; un grand nombre d'entre elles, affaissées et décolorées au centre, réunies par les bords, dessinent des lignes

(1) Qu'il est impossible de soumettre à l'analyse chimique, en raison de la petite quantité recueillie.

saillantes, rosées, polycycliques (érythème marginé) ; les papules sont devenues très nombreuses sur les avant-bras.

14 mars. — L'ingestion de deux pilules d'extrait thébaïque, de 5 centigrammes chacune, provoque une nouvelle poussée d'éléments éruptifs. Tout le corps, sauf la face, est recouvert de plaques ortiées ; l'aisselle gauche est occupée par cinq bulles, grosses comme des œufs de pigeon ; la muqueuse buccale est sensible, mais on n'y trouve ni rougeur, ni gonflement. (Onctions avec une pommade au sous-nitrate de bismuth.)

17 mars. — Les papules commencent à pâlir et à s'affaïsser ; bulles sur le pli du coude droit.

19 mars. — Les papules ont disparu ; bulles nouvelles dans l'aisselle droite.

30 mars. — Desquamation furfuracée sur les bras ; depuis le 20 mars, la peau a repris son aspect normal.

3 avril. — Le prurit qui s'était modéré a repris de nouveau ; la malade, forte de son expérience à ce sujet, annonce qu'elle va avoir une nouvelle poussée.

4 avril. — Sept à huit petites bulles sur la région hypogastrique.

9 avril. — Les papules reparaissent sur les membres inférieurs ; çà et là vésicules et bulles de petites dimensions ; il n'y a pas d'aréole rosée à leur périphérie.

10 avril. — Papules sur les fesses ; bulles au niveau du pli de l'aîne ; le prurit est toujours très violent ; insomnie persistante ; léger œdème des malléoles depuis quelques jours ; malgré la conservation relative de l'appétit, la malade s'affaiblit visiblement ; elle garde le lit. Cette aggravation de l'état général est due aux progrès de l'affection utérine.

#### Tableau des analyses de l'urine.

(Alimentation : 2 degrés).

Date	Volume des urines émises en 24 heures	Urée Quantité pour les 24 heures	Albumine Traces
28 février.	4 litre	12 <sup>gr</sup> , 50	»
1 <sup>er</sup> mars.	1,500 <sup>c</sup> cubes	9 <sup>gr</sup> , 60	»
3 mars.	4 litre	10 <sup>gr</sup> , 50	»
7 mars.	750 <sup>c</sup> cubes	8 <sup>gr</sup> , 65	»
14 mars.	4 litre	8 <sup>gr</sup> , 50	»
27 mars.	Idem	6 <sup>gr</sup> , 40	»
31 mars.	1,250 <sup>c</sup> cubes	7 <sup>gr</sup> , 50	»
4 avril.	4 litre	13 <sup>gr</sup> , 20	»
7 avril.	Idem.	7 <sup>gr</sup> , 70	»

#### OBSERVATION II.

B... (Philibert), âgé de 57 ans, marchand forain, entre, le 15 mars 1888, à l'hôpital Saint-Louis, salle Hillairet, lit n° 24. — Service de M. Tenneson.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort d'un cancer de l'estomac.

Mère d'une bonne santé habituelle.

*Antécédents personnels.* — Rien à relever jusqu'en 1872.

Pas de syphilis.

En 1872, B... perdit sa fortune, et cette perte fut suivie à bref délai de la mort de sa femme ; la santé de B... fut violemment ébranlée, il ne put reposer une seule nuit pendant plus de sept mois ; à cette époque, il fut atteint d'une éruption généralisée à toute la surface du corps ; cette éruption débuta brusquement ; elle était caractérisée par des saillies papuleuses de coloration blanchâtre, entourée d'une aréole rosée et donnait lieu à un prurit intense ; le médecin qui lui donna des soins porta le diagnostic d'urticaire et se borna à lui prescrire des applications de poudre d'amidon. Cette urticaire persista pendant quinze mois, et disparut subitement, comme elle était venue ; mais longtemps après sa disparition, un simple attouchement suffisait à provoquer la venue des papules ortiées ; de plus, certaines parties du corps, à la suite de cette urticaire, gardèrent constamment une sensation de brûlure, de cuisson.

B..., qui avait toujours été sobre jusqu'au moment de ses revers de fortune s'adonna à la boisson ; l'absinthe était sa boisson de prédilection ; il en prenait plusieurs verres par jour ; ses conditions d'existence furent entièrement modifiées ; il eut plus d'une fois des privations à subir, lui qui avait joui auparavant d'une grande aisance.

De 1873 à 1887, pas d'autre éruption sur la peau.

En juillet 1887, pour la première fois apparaissent des bulles ; elles se montrèrent d'abord sur la verge, sur les poignets, les genoux, la face dorsale des pieds, siègeant de préférence au voisinage des articulations ; en même temps, B... fut pris de fièvre, il eut de la raideur musculaire, au point de ne pouvoir faire un mouvement dans son lit ? Les bulles disparurent au bout de six semaines, mais les sensations douloureuses et le prurit qui les accompagnaient mirent plus de temps à disparaître.

Rien dans cette dermatite ne rappelait la première éruption, celle de 1872, si ce n'est le prurit intense *qui constituait pour le patient une véritable torture.*

La troisième atteinte date de six semaines ; cette fois, pas de phénomènes fébriles : deux ou trois bulles ont apparu sur les poignets, se sont affaissées au bout de quelques jours, puis ont été remplacées par d'autres ; elles ont donné lieu à de véritables démangeaisons.

*État actuel.* — Le visage est pâle, les traits sont tirés et portent l'empreinte de la souffrance et des privations. On constate, en découvrant le malade, des lésions distinctes — des lésions de grattages et de bulles. — Les lésions de grattage sont des macules pigmentées, à limites indécises, indiquant l'ancienneté du prurit, des papules de prurigo et des excoriations ; ces lésions sont disséminées sur toute la surface du corps et dues en partie à la phthiriasé.

Les bulles siègent uniquement sur les membres et sur la verge ; leur siège de prédilection est la face dorsale des poignets ; cette face présente une rougeur diffuse, du gonflement ; elle est recouverte de bulles de toutes dimensions, serrées les unes contre les autres ; quelques-unes se sont réunies et présentent, par suite, un contour irrégulier ; elles contiennent un liquide visqueux, se prenant en gelée dans l'éprouvette : le liquide qu'elles contiennent ne les distend pas absolument, aussi paraissent-elles ridées et comme affaissées ; l'aspect des mains est celui qu'elles revêtent à la suite de brûlures graves ; c'est là le meilleur terme de comparaison que l'on puisse donner.

Les espaces interdigitaux sont occupés par des bulles de la dimension d'un gros pois : sur la face dorsale des pieds, elles sont aplaties, étalées et voisines de l'interligne articulaire tibio-tarsien. Deux ou trois bulles sur le fourreau de la verge.

Malgré l'aspect presque cachectique du malade, l'examen des viscères est négatif; le premier bruit du cœur est un peu sourd, les artères sont scléreuses; rien aux poumons; l'appétit est conservé et les digestions s'effectuent régulièrement (alimentation, quatre degrés). — Le malade se dit très faible, et dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher; il accuse toujours de vives démangeaisons, et insiste sur les sensations de brûlure qu'il éprouve au niveau des articulations; celles-ci ne sont pas tuméfiées, et le malade n'a aucune peine à les mouvoir.

*Analyse du liquide des bulles.*

(Pour 100 grammes de ce liquide.)

Fibrine. . . . .	0 <sup>gr</sup> , 805
Matières albuminoïdes . . .	9 <sup>gr</sup> , 195
Eau. . . . .	90 <sup>gr</sup> , 000

Le liquide ne contient pas d'urée, et ses caractères sont ceux du sérum du sang; il est alcalin; sa densité est de 1,026.

Rien dans les urines; ni albumine, ni sucre.

18 mars. — Le malade se plaignant toujours de ses articulations, on lui prescrit 6 grammes de salicylate de soude.

19 mars. — Ce médicament a déterminé une poussée congestive; des bulles nouvelles en grand nombre se sont formées sur les poignets et sur les membres inférieurs; les jambes et les cuisses sont en outre recouvertes de très larges placards, rouges, légèrement saillants, surmontés de vésicules ou de petites bulles; la verge est recouverte de bulles. On ne trouve rien sur la muqueuse buccale, bien que le malade accuse de la douleur au niveau de la voûte palatine.

21 mars. — Les placards persistent; énormes bulles au niveau de la maléole interne à gauche; toujours brûlures articulaires; les bulles qui se vident donnent lieu à un suintement très abondant dans le lit du malade.

23 mars. — La plupart des bulles se sont affaissées; on ne voit que leurs bases qui sont à nu, d'un rouge vif et recouvertes en partie de croûtes et de lambeaux d'épiderme; d'ailleurs, ces ulcérations très superficielles se repa-  
rent rapidement; le malade se lève, il mange de bon appétit.

28 mars. — Il n'y a plus traces de bulles sur la peau; les excoriations et les papules dues au grattage sont bien moins nombreuses.

5 avril. — Deux vésicules sur le bord interne du poignet gauche, mais la rémission persiste; le prurit n'a pas entièrement disparu, toutefois il n'obsède plus le malade; par contre, celui-ci a depuis plusieurs jours des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs; les réflexes sont normaux.



Tableau des analyses de l'urine.

(Alimentation : 4 degrés.)

Date.	Volume des urines émises en 24 heures.	Urée. Quantité pour les 24 heures.
—	—	—
21 mars.	2 litres	16 grammes.
23 mars.	950 cent. cubes	20 —
31 mars.	2 litres	18 —
4 avril.	2 litres 1/4	13 <sup>gr</sup> , 50
7 avril.	Idem.	15 <sup>gr</sup> , 40
13 avril.	2 litres	15 grammes
15 avril.	1 litre 3/4	18 —

Ce qui nous a le plus frappé chez ces malades, ce que nous voudrions surtout mettre en lumière, c'est l'unité nosologique des lésions cutanées diverses qui ont évolué simultanément ou successivement; mais cette unité ressortira de la lecture de nos observations, bien mieux que des commentaires que nous pourrions y joindre.

Étant admis que nos malades ont eu une seule dermatose et non plusieurs, il convient d'en discuter brièvement les connexions pathologiques. Le n° 1 est une nerveuse héréditaire, sa mère est morte folle; chez le n° 2, la maladie a succédé à de violentes secousses morales; cela montre une fois de plus le rôle important du système nerveux dans la pathogénie des affections cutanées; mais cela ne suffit pas pour ranger la *dermatite herpétiforme* dans le groupe des dermatoses neuropathiques.

L'insuffisance de l'élimination rénale, chez l'un de nos malades, au moins, est démontrée par le faible taux de l'urée excrétée quotidiennement; l'urémie chronique qui en est la conséquence doit influencer la peau des sujets prédisposés, mais nous ne saurions aller au delà et voir dans la maladie de Duhring une simple dermatose toxique; l'urémie chronique est en effet aussi commune que la dermatite herpétiforme est rare.

Le même trouble de la fonction rénale explique la sensibilité de nos malades à l'action de certains médicaments (opium, salicylate de soude), habituellement inoffensifs aux doses auxquelles ils ont été administrés. — Nous mentionnerons, sans y insister, l'existence, chez le n° 1, d'un épithélioma utérin; on ne sait encore rien de précis sur les rapports « de la dartre et du cancer »...

Par contre, nous n'hésitons pas à voir dans les arthralgies du second malade et dans la dermatose concomitante deux localisations de la même maladie, deux effets de la même cause inconnue. Nous évitons de parler à ce propos de rhumatisme; il n'est plus permis d'appeler rhumatismal tout ce qui affecte les articulations.

## SUR UN CAS DE SYPHILIDE PIGMENTAIRE GÉNÉRALISÉE

Par **Maurice DOYON**,

Interne des hôpitaux de Lyon.

De nombreux travaux ont été faits sur la syphilis pigmentaire. — La première observation remonte à Hardy, en 1834. Pilon, dans sa thèse sur les exanthèmes syphilitiques, montre que cette manifestation de la syphilis est relativement fréquente; il est le premier à en signaler quelques cas chez l'homme. Viennent ensuite les travaux de Tantarri et la magistrale description de Fournier qui a servi de modèle à tous les auteurs qui, depuis, se sont occupés de cette question.

En Allemagne, on sait que quelques auteurs nient la syphilis pigmentaire (Kaposi); d'autres l'admettent et la décrivent avec Neisser sous le nom de leucodermie syphilitique. En France, ces dernières années, il a paru plusieurs thèses sur cette question; je citerai celle de Maireau, Paris, 1884; celle de Saintin, Nancy, 1884, et enfin celle de Romalo, Paris, 1885.

La syphilis pigmentaire est plus fréquente chez la femme que chez l'homme; elle est généralement localisée au cou, où elle constitue une sorte de réseau ou de dentelles à larges mailles de couleur jaune, grisâtre, le « collier de Vénus » de Hardy. Mais elle peut s'observer aussi chez l'homme comme le font observer Neisser, Mauriac; c'est même surtout chez l'homme qu'on a observé des syphilis pigmentaires ayant dépassé les limites de leur localisation habituelle, le cou, pour s'étendre au thorax, aux flancs, voir même à tout le corps.

L'exemple que nous allons citer en est une nouvelle preuve.

Le 24 mars 1888, est entré à l'Antiquaille, dans le service de M. Cordier, chirurgien-major, un malade dont voici l'observation :

X..., 56 ans, terrassier. Ce malade entre à l'hôpital pour des accidents syphilitiques secondaires. Il présente des plaques muqueuses hypertrophiques à l'anus; on trouve aussi des plaques muqueuses dans la bouche, à la lèvre inférieure et sous la langue. Ce malade présente en outre de l'alopecie, de l'adénopathie généralisée, particulièrement des ganglions occipitaux, épitrochléens et une grosse pléiade à l'aîne des deux côtés. Tous ces accidents datent d'un mois. Quant à l'accident primitif, il est impossible de rien préciser; on n'en trouve pas trace.

Ce qui, chez ce malade, attire surtout l'attention, c'est l'apparition, il y a quatre semaines, d'une pigmentation toute particulière de la peau. Sur le

cou, sur les épaules, on est en présence de la syphilis pigmentaire habituelle caractérisée par des plaques blanches dépigmentées sur un fond noir.

Sur tout le tronc, on trouve des taches noires très foncées, surtout confluentes, au niveau de l'abdomen, à la partie supérieure des cuisses, sur le dos et sur les parties latérales du thorax. Ces plaques sont moins nombreuses sur les jambes et font presque défaut sur la face antérieure des cuisses; elles manquent tout à fait sur les mains et la face. La peau tout entière paraît comme tigrée; la pigmentation générale est plus marquée. Sur ce fond sombre, se détachent avec la plus grande netteté des taches noires de la largeur de grosses et de petites lentilles qui sont très confluentes et irrégulièrement disséminées. En certains points, on assiste à la décoloration de ces macules noires. Cette décoloration s'accomplit de la périphérie au centre, si bien que l'on voit à la période ultime un point noir au centre d'une tache absolument dépourvue de pigment. Ces plaques blanches paraissent d'autant plus dépigmentées que la pigmentation générale était plus foncée.

Nous sommes bien évidemment en présence d'une pigmentation particulière de la peau, sous l'influence de la syphilis. On a bien prétendu que, passé 25 ans, on n'observait plus de syphilide pigmentaire; mais il est évident que, si ces lésions sont plus fréquentes avant 25 ans, c'est uniquement parce que c'est le moment des contaminations. Neisser en a vu, du reste, un cas chez une femme de 58 ans.

Le cas du malade, dont nous avons relaté l'observation, est des plus intéressants, car outre qu'il est très rare d'observer une syphilis pigmentaire généralisée de la sorte, il peut dans une certaine mesure éclairer la pathogénie de cette affection.

On sait, en effet, que, parmi les auteurs qui se sont occupés de cette question, les uns pensent que la syphilis pigmentaire peut être primitive, tandis que les autres la croient toujours consécutive à une éruption érythémateuse ou érythème-papuleuse. En France, on la considère généralement comme primitive; quelques auteurs cependant, avec Cornil partagent l'opinion de Neisser et des Allemands, qui ne voient là qu'une pigmentation secondaire. Or chez le malade de M. Cordier nous trouvons des lésions de la peau qui ne nous permettent guère de penser à une pigmentation secondaire consécutive à une éruption fugace. La peau présente une hyperpigmentation générale de date récente sur laquelle se détachent des macules plus noires dont les unes sont en voie de pigmentation; il faudrait supposer un érythème antérieur généralisé; or il n'y a pas de desquamation, il n'y a aucune trace d'un érythème ou de papules.

Comme Saintin, dans une thèse inspirée par M. le professeur Spillmann, de Nancy, l'a déjà indiqué, le processus paraît être le suivant: il se fait en premier lieu une sorte d'hyperpigmentation de la peau. Sur ce fond, se produisent des taches noires; autour des taches noires se développent des aréoles blanches qui gagnent en étendue et finissent en certains points par ne plus laisser que des points noirs ou des aréoles.

M. Cordier pense que telle doit être fréquemment l'évolution de bien des syphilides pigmentaires; dans le cas que nous avons relaté on suit pour ainsi dire pas à pas cette évolution, on assiste à toutes les modifications qui aboutissent à la syphilide pigmentaire aréolaire classique, celle que l'on observe si fréquemment chez la femme.

Il ne faudrait pas cependant conclure que toute syphilide pigmentaire suit forcément la marche que nous venons d'indiquer, qu'elle passe dans tous les cas par les différentes phases que nous avons pu constater chez le malade de M. Cordier. Balzer et Barthélemy, dans leur article syphilis du *Dictionnaire des sciences médicales*, relatent une observation qui prouve que la syphilide pigmentaire peut se produire d'emblée avec ses caractères ordinaires, c'est-à-dire avec l'aspect aréolaire. Nous pensons seulement que, dans beaucoup de cas, une étude attentive et suivie du malade permettrait d'assister à l'évolution de la lésion pigmentaire qui, certainement, ne se constitue pas toujours, comme notre exemple le montre, de toutes pièces avec ses caractères classiques.

## REVUE DE DERMATOLOGIE.

---

- I. — KLINISCHER BEITRAG ZUR LEHRE VON TUBERCULÖSEN INFECTION. (CONTRIBUTION CLINIQUE A LA DOCTRINE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE), par le D<sup>r</sup> E. LESER (*In Fortschritte der Medicin*, 1887, n<sup>o</sup> 5).
- II. — DU TUBERCULE ANATOMIQUE, par AUG. POLLOSSON (*Province médicale*, 9 juillet 1887).
- III. — TUBERCULOSE CUTANÉE, par LYOT et GAUTIER (*Bulletins de la Société anatomique*, 1888).
- IV. — SUR LA COMBINAISON DU LUPUS AVEC LE CANCER. — Étude du D<sup>r</sup> VITTORIO MIBELLI, adjoint à la Clinique dermosyphilopathique de Sienne.
- V. — CANCROÏDES CUTANÉS, par A. BROCA (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 7 et 14 octobre 1887).
- VI. — UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE PHYSIOLOGIE UND PATHOLOGIE DES HAUT-PIGMENTES (RECHERCHES SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DU PIGMENT DE LA PEAU), par le D<sup>r</sup> S. EHLMANN, assistant à la clinique du professeur NEUMANN (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie und Syphilis*, 1887).
- VII. — LÉSIONS DE LA PEAU DANS LA MÉLANODERMIE CONGÉNITALE ET DANS LE NÆVUS PIGMENTAIRE CIRCONSCRIT, par VARIOT (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 30 avril 1887).
- VIII. — MÉLANOSARCOME DE LA RÉGION DORSALE, par J.-L. REVERDIN et A. MAYER (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1886).
- X. — TUMEURS MÉLANIQUES DE LA PEAU. — TUMEURS ET INFILTRATIONS MÉLANIQUES DE DIVERS ORGANES, Y COMPRIS LES CAPSULES SURRÉNALES. — MÉLANODERMIE, par PANNÉ. (*Bulletins de la Société anatomique*. Décembre 1886.)
- X. — MÉLANOSARCOME CUTANÉ. — GÉNÉRALISATION RAPIDE, par BOULAY. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1887.)
- XI. — SARCOME CUTANÉ (ULCÈRE DU DOS; DIAGNOSTIC DIFFICILE, ABLATION, GUÉRISON; RÉCIDIVE, ABLATION NOUVELLE ET GUÉRISON), par M. DEFONTAINE; rapport par M. TERRIER (*Société de chirurgie*, 8 décembre 1886).
- XII. — NÉOPLASME REMARQUABLE DE LA PEAU, par JAMES H. DUNN (*Journal of cutaneous and venereal diseases* mai 1886).

- XIII. — DE LA DESTRUCTION DES PAPILLOMES, DES NOEVI PIGMENTAIRES ET DES POILS, par le D<sup>r</sup> JULIA W. CARPENTER (*The Cincinnati Lancet-Clinic*, 30 octobre 1886, p. 515).
- XIV. — TUMEUR ÉRECTILE TRAITÉE PAR L'ÉLECTROLYSE, par A. MAYOR (*Revue médicale de la Suisse romande*, 15 juillet 1886).
- XV. — NOTE SUR LES VERGETURES DU THORAX, par A. GILBERT (*Archives générales de médecine*, juin 1887).
- XVI. — VERGETURES CHEZ LES ÉPILEPTIQUES, par E. ARNOULD (*Bulletins de la Société anatomique*. — Séance du 17 juin 1887).
- XVII. — VERGETURES DU THORAX CHEZ UN PHTHISIQUE. — LÉSIONS DE LA PEAU AU NIVEAU DES VERGETURES, par TROISIER et MÉNÉTRIER (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, octobre 1887).
- XVIII. — NOTE SUR LES ALTÉRATIONS DU RÉSEAU ÉLASTIQUE DE LA PEAU AU NIVEAU DES VERGETURES, par TROISIER et MÉNÉTRIER (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 29 octobre 1887).

I. — Depuis que l'on a reconnu comme maladies infectieuses certains états morbides de l'homme, on s'est toujours vivement préoccupé de savoir dans quel point de l'organisme et de quelle manière ce principe morbide contagieux pénètre dans l'économie, se fixe, et éventuellement s'y propage. On a déjà obtenu des résultats importants; mais on ne saurait nier cependant que nos connaissances dans quelques maladies infectieuses sont encore tout à fait insuffisantes, tandis que, pour d'autres, nous pouvons désigner, soit les organes infectés tout d'abord, les parties qui sont le siège de l'infection primaire puis apprécier les modifications qui s'accomplissent ultérieurement.

Ainsi, on sait depuis longtemps que, dans la tuberculose, ce sont les voies respiratoires et digestives qui sont le plus fréquemment atteintes, tandis que l'appareil génito-urinaire est plus rarement le siège primaire de l'infection. La peau peut, quoiqu'on en dise, aussi être affectée tout d'abord par l'infection tuberculeuse, mais ici on est en présence de processus dont la nature et la signification ne sont pas encore bien connues. L'ulcère tuberculeux de la peau et le lupus étaient, jusqu'à il y a peu de temps, considérés comme les seules maladies primaires de la peau de caractère tuberculeux, et même quelques auteurs ont contesté la justesse de cette opinion. Ce n'est en effet que depuis les découvertes et les recherches de R. Koch qu'il a été possible de reconnaître et de déterminer avec une certitude absolue quelles sont les réactions des tissus sous l'influence des bacilles de la tuberculose. Il en résulta que l'on parvint à

constater la nature tuberculeuse de certaines maladies de la peau, dont l'étiologie était restée inconnue.

Dans les gommages connues autrefois sous le nom de gommages scrofuleuses, on trouva des bacilles de la tuberculose. Une fois la nature des eczémas dits scrofuleux connue, on fut conduit à penser que les tubercules anatomiques sont presque exclusivement des produits d'une infection tuberculeuse de la peau. Presque en même temps, Riehl et Paltauf décriront une maladie de la peau qui est la conséquence d'une infection tuberculeuse primaire et qu'ils désignent, en raison de la prolifération papillaire très active qui l'accompagne, sous le nom de tuberculose verruqueuse de la peau.

Quoique, en ce qui concerne la peau, nous connaissions plusieurs maladies tuberculeuses indépendantes, nous ne savons cependant pas complètement quelles sont les conditions favorables de la peau qui rendent possible ou favorisent une infection tuberculeuse. Si de petites plaies, la chute de l'épiderme sont des conditions prédisposantes pour l'introduction du virus tuberculeux par la peau, jusqu'à présent il y a peu de faits probants. Car on ne trouve dans la science que de très rares observations démontrant qu'une blessure de la peau a été la porte d'entrée du virus tuberculeux, qu'on en a eu la preuve par des modifications spécifiques survenues au lieu et place de la lésion cutanée et que, éventuellement, la plaie infectée a été le point de départ d'une infection générale ultérieure de l'organisme.

Cette théorie, « que, très exceptionnellement, de la matière tuberculeuse est absorbée par une plaie, » est tout à fait en opposition avec l'opinion des anciens. Valsava, Morgagni regardaient les nécropsies de phthisiques précisément comme dangereuses en raison de la possibilité d'une plaie et par suite d'une infection tuberculeuse consécutive; les contemporains de Laënnec, qui mourut de phthisie, attribuèrent sa mort à une plaie que Laënnec s'était faite au doigt quelques années auparavant: en faisant l'autopsie d'un individu mort de tuberculose. Cette opinion des anciens si complètement opposée à la nôtre nous étonne d'autant plus qu'à cette époque on n'avait aucune idée précise sur la nature infectieuse de la tuberculose, à plus forte raison sur l'agent infectieux.

On connaît les faits rapportés par Verchère et Merklen.

Kraske a publié deux cas analogues; dans les deux il s'agissait de jeunes personnes chez lesquelles on fit la nécrotomie à cause d'une nécrose ostéomyélique et chez lesquelles des granulations d'abord saines se transformèrent en granulations fongo-tuberculeuses vraies par infection extérieure, tandis que dans les parties plus profondes il n'y avait pas de bacilles tuberculeux.

Tscherning a fait en outre une très intéressante observation, une ser-



vante se blessa aux aspérités du crachoir de son maître qui était tuberculeux ; la plaie prit le caractère d'un panaris chronique, plus tard il survint un fungus de la gaine tendineuse, avec engorgement des ganglions cubitaux et axillaires ; on fit la désarticulation du doigt et l'ablation des ganglions, et dans les tissus on trouva des bacilles tuberculeux. Après l'opération, la malade resta guérie provisoirement.

Enfin les observations rapportées par Lindemann, Lehmann et Elsenberg appartiennent à la même catégorie. Ces auteurs ont constaté qu'une infection tuberculeuse sur la plaie du prépuce peut avoir lieu dans la circoncision, si l'individu qui suce le sang de la plaie est atteint de tuberculose et sa salive contient des bacilles, soit par le fait d'une tuberculose de la langue soit par suite de microbes dans ses crachats si l'individu est phthisique.

Aux faits ci-dessus, l'auteur ajoute l'observation suivante :

Il s'agit d'une malade âgée actuellement de 54 ans, d'une famille saine, n'ayant jamais présenté aucun cas de tuberculose. Elle a eu la rougeole et depuis deux enfants bien portants. Il y a 3 ans, elle se fit une petite coupure de la phalange unguéale du pouce droit, la plaie ne fut pas soignée mais simplement bandée avec une compresse ; au bout de quelque temps la plaie commença à suppurer et devint très douloureuse. Quatre mois plus tard, la plaie n'était pas encore guérie, mais s'était au contraire étendue ; après une année la phalange unguéale de l'index de la même main fut aussi atteinte d'une plaie analogue, — la malade ne peut dire d'une manière positive s'il y avait eu ou non blessure — même traitement ; de temps à autre légère amélioration, mais en réalité le processus faisait toujours des progrès. Presque un an et demi après le début, apparition sur le bord supérieur du sein droit d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, assez dure et douloureuse à la pression. La tumeur augmenta rapidement, car au bout de 4 mois et demi environ elle avait le volume d'une tête d'enfant.

Cette malade est d'une constitution délicate, pâle ; les organes internes, spécialement les poumons, paraissent sains ; pas d'albumine. La tumeur occupe toute la moitié supérieure du thorax ; elle est rénitente, veines dilatées sur la surface cutanée, qui, d'autre part, n'est pas altérée. A la partie inférieure, on constate que la glande mammaire est soulevée et paraît indépendante de la tumeur, fluctuation évidente. Diagnostic : abcès froid rétro-mammaire. L'incision démontra, en effet, qu'il s'agissait d'un abcès complètement indépendant du sein et situé sur le muscle pectoral ; le pus avait un caractère tuberculeux et les parois de l'abcès étaient tapissées d'une membrane que déjà microscopiquement on pouvait reconnaître comme incontestablement tuberculeuse. Après le raclage avec la curette, le toucher révéla que la face inférieure de la troisième côte est dénudée, tissu osseux sain, drainage, pansement antiseptique. Pas de réaction, guérison.

La patiente n'avait rien dit de ses doigts malades qu'on ne vit qu'au moment de l'opération. La phalange unguéale du pouce et de l'index est tuméfiée, la peau est très rouge, en certains points elle est ulcérée tandis que les parties environnantes sont très amincies. Les granulations qui font saillie par les perforations de la peau saignent très facilement et sont très douloureuses.

Le processus n'a en somme que peu gagné en profondeur, la sonde cannelée n'arrivant nulle part jusqu'aux os.

L'examen microscopico-bactériologique démontra que l'affection des doigts était de nature tuberculeuse. À l'aide de la curette et des ciseaux, l'auteur enleva la peau malade et le tissu de granulations et dans ce dernier il trouva des nodosités tuberculeuses caractéristiques et soit dans les amas typiques de cellules, soit aussi entre eux, c'est-à-dire dans ou sur les cellules de granulation, des bacilles tuberculeux en proportion notable.

Dans ces conditions, il n'est pas douteux que la maladie des doigts ne soit le produit d'une infection tuberculeuse, dont le point de départ est la coupure et qu'il y a un rapport intime entre cette tuberculose primaire et l'abcès tuberculeux. En effet, la malade raconte qu'environ un an et demi auparavant elle avait eu à la face interne du bras droit une petite nodosité qui, dure au début, s'était peu à peu ramollie et enfin s'était ouverte; elle renfermait peu de pus, et après avoir suppuré un mois, l'ulcère s'était cicatrisé. On trouva au point indiqué, correspondant au trajet des vaisseaux lymphatiques partant du pouce et de l'index, une cicatrice déprimée et tout près de celle-ci une tumeur sous-cutanée du volume d'un gros haricot. Cette tumeur enlevée, on constata qu'il s'agissait d'un ganglion tuberculeux contenant des bacilles.

Dans ces cas donc, la coupure d'un pouce, mal ou pas du tout traitée, a été la porte d'entrée du virus tuberculeux; en ce point, il se forma un processus de granulation probablement par inoculation directe ainsi que sur l'index; par la voie du courant lymphatique, l'infection tuberculeuse gagna le bras, d'où l'affection des ganglions, et enfin il est possible que, par propagation directe du processus, il se produisit cet énorme abcès rétro-mammaire. Car la connexion ininterrompue des ganglions, c'est-à-dire des vaisseaux lymphatiques d'une part entre le coude, le bras et le creux axillaire, de l'autre entre les ganglions superficiels et profonds à la partie antérieure et supérieure du tronc, permet de considérer comme possible l'expansion directe de l'infection. Que l'on explique ainsi l'abcès par la maladie du doigt, ou bien que l'on admette une espèce de diffusion de l'infection, ce cas est une preuve que, dans toute plaie de la peau, même lorsqu'il n'y a pas lieu de craindre une infection tuberculeuse, les bacilles tuberculeux peuvent se fixer et qu'ils peuvent amener *in situ* des modifications spécifiques dans les tissus et éventuellement pénétrer dans l'organisme.

Si l'on étudie avec soin les diverses observations qui ont été publiées, on voit qu'il s'agit bien plus rarement d'infection tuberculeuse d'une plaie récente, mais qu'on l'observe d'ordinaire dans les plaies qui n'ont pas été traitées convenablement (cas de Tscherning) ou d'ulcérations chroniques (cas de Verchère et de Mathieu), en un mot dans les blessures

sures dans lesquelles « l'énergie active et réparatrice d'un tissu est devenue sensiblement moindre » ou sur les individus chez lesquels à la suite d'une affection antérieure l'énergie vitale des tissus est notablement très diminuée (cas de Kraske).

Il n'est pas impossible que le virus tuberculeux n'envahisse l'économie, plus souvent que nous le pensons par cette voie. Toutefois les conditions ne sont pas toujours aussi claires et aussi précises que dans le cas ci-dessus. Les modifications caractéristiques qui surviennent sur les plaies qui indiquent l'introduction du virus tuberculeux peuvent avoir disparu, la plaie s'être cicatrisée, avant que le médecin ne soit appelé; la lymphangite, la lymphadénite peuvent manquer complètement. Enfin on peut se demander s'il est absolument nécessaire que les bacilles tuberculeux, quand ils sont introduits par une plaie de la peau, déterminent toujours en ce point là des altérations spécifiques des tissus; si une blessure ne peut pas être une porte d'entrée pour ces bacilles, sans qu'il en résulte des troubles déterminés. Dans d'autres maladies infectieuses, il en est ainsi. Comme complément de ce qui précède, l'auteur dit avoir observé un autre cas d'une forme excessivement rare d'infection tuberculeuse, c'est-à-dire la formation d'un lupus typique de la peau comme suite directe, immédiate, d'une maladie tuberculeuse des os et des articulations.

On sait que, malgré la démonstration, faite à plusieurs reprises et d'une manière incontestable, de bacilles tuberculeux dans les tissus atteints de lupus, il est encore des auteurs qui nient énergiquement l'identité étiologique du lupus et de la tuberculose de la peau. Kaposi et Schwimmer ont de nouveau, dans ces derniers temps, cherché à soutenir l'opinion que tuberculose de la peau et lupus sont étiologiquement deux processus tout à fait différents, que chez les malades atteints de lupus les phénomènes de tuberculose qui se produisent ne sont que des complications accidentelles. Ils s'appuient sur les trois points suivants :

1° Les malades atteints de lupus ne sont presque jamais affectés ni ne meurent de tuberculose d'autres organes, quelques auteurs vont même jusqu'à admettre que le lupus exclut la tuberculose.

Cette doctrine longtemps admise est en contradiction absolue avec les faits; tout particulièrement dans ces dernières années, on a fait remarquer que, précisément, des enfants scrofuleux sont plus tard fréquemment atteints de lupus, la statistique prouve que souvent des malades qui avaient eu du lupus dans leur jeunesse meurent à un âge plus avancé de tuberculose d'organes internes.

2° Contre l'identité étiologique de la tuberculose de la peau et du lupus, on a cité leur différence anatomo-clinique, bien qu'il soit facile de trouver la même chose dans certaines autres maladies.

Personne ne met en doute l'unité étiologique de l'exanthème spécifique, du condylome large et d'une gomme du testicule, et cependant cliniquement et anatomiquement elles offrent des différences. Que peut-on trouver par exemple de plus différent au point de vue anatomo-clinique qu'un tubercule isolé du cerveau et une méningite tuberculeuse basilaire suppurée? Personne ne nie cependant que ces processus ne soient étiologiquement tout à fait identiques.

3° Il est démontré d'une manière incontestable par l'expérimentation qu'on peut provoquer de véritables maladies tuberculeuses en inoculant du tissu lueux, ainsi qu'en témoignent les recherches de Doutrelepont, Cornil et Leloir, de Weigert, etc. Par contre, on n'est pas parvenu jusqu'à présent à produire du lupus par l'inoculation de matière tuberculeuse; on s'est même servi de ce fait contre l'identité étiologique des deux processus. L'absence de résultats expérimentaux positifs donne une importance d'autant plus grande aux observations cliniques de ce genre; elles peuvent combler les lacunes laissées par l'expérimentation et ont la même valeur que celle-ci. Mais ces observations paraissent être rares, du moins on a publié un petit nombre de faits de cette nature. Il existe trois cas de v. Volkmann: dans le premier, il s'agit d'un lupus des doigts et du dos de la main qui s'était développé en connexion avec un spina ventosa tuberculeux; dans le second cas, un lupus était survenu directement après une carie tuberculeuse du calcaneum; le troisième est cité dans la thèse de Liebrecht: lupus développé à l'anus consécutivement à une fistule du gros intestin. Neumann dit dans son *Traité des maladies de la peau*, mais sans citer d'exemples précis, que le lupus se manifeste souvent au voisinage de cicatrices des ulcères scrofuleux, et que, par conséquent, il faut admettre un rapport étiologique entre la scrofuleuse et le lupus.

L'observation de l'auteur concerne un garçon de 12 ans qui, à l'âge de 3 ans, fut atteint d'une inflammation tuberculeuse de l'articulation de la hanche; ses ascendants étaient depuis longtemps affectés de cette maladie héréditaire. La coxite prit une marche lente; après un an et demi deux abcès s'ouvrirent à peu d'intervalle l'un de l'autre. Il se forma deux fistules dont l'une se trouvait environ de la largeur d'une main au-dessous de l'épine antérieure supérieure sur la face antérieure du fémur, l'autre plus en arrière vers la grosse saillie trochantérienne; au début suppuration abondante, puis issue de plusieurs petites esquilles. Mais en somme la suppuration persista pendant presque six ans. Le pansement consista en application d'ouate imbibée d'une solution phéniquée à 3 0/0 et recouverte d'une feuille de gutta-percha, de même dimension que la ouate, d'environ l'étendue des deux mains. On ne renouvelait le pansement que tous les cinq à six jours, parfois

même plus rarement. On n'évitait par conséquent pas que le pus tuberculeux sécrété ne séjourât sur de grandes surfaces sur la peau entourant les fistules. Consécutivement il se développa peu à peu un eczéma occupant toute l'étendue du pansement. Si l'on changeait le mode de pansement, la plaie guérissait pour revenir de nouveau si l'on avait recours au même mode de traitement et laissé aussi longtemps en place. La septième année de la maladie, la suppuration des fistules diminua rapidement et ces dernières se cicatrisèrent peu à peu ; mais la peau adjacente resta ulcérée, malgré tous les traitements employés et la plaie parut même s'agrandir. Le père se décida alors à demander conseil à un médecin ; la mère est morte de phthisie. Malgré la maladie antérieure, l'enfant est robuste et, en dehors de la maladie de la hanche, on ne constate rien d'anormal ; les poumons paraissent sains, pas d'albumine.

Tout le membre inférieur droit est plus faible que le gauche ; au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite, on constate les destructions et les modifications locales que laisse une coxite suppurée quand elle n'a pas été traitée avec de simples moyens mécaniques. Mais en outre la peau dans la région indiquée ci-dessus et sur une étendue de deux mains est le siège d'un lupus caractérisé. Au voisinage des cicatrices des fistules et sur leur bord postérieur et inférieur l'affection est très accusée ; les nodosités lupeuses confluentes sont plus ou moins séparées par de grandes plaques cicatricielles, épaisses. Dans les tissus enlevés à l'aide de la curette ou des ciseaux, l'auteur constata distinctement des granulations tuberculeuses et des bacilles. Malgré un raclage énergique, une cautérisation consécutive avec la pierre infernale, le Paquelin, il survint à plusieurs reprises des récidives. Une nouvelle cautérisation et l'application prolongée de compresses imbibées d'une solution de sublimé parurent avoir donné un résultat durable ; après trois mois, pas de récidive, ce qui permit de faire la résection de la hanche.

En opposition à ceux qui mettent en doute l'étiologie tuberculeuse du lupus, cette observation clinique prouve que le lupus peut se développer dans des conditions déterminées à la suite d'une infection avec des matières tuberculeuses. Mais nous ne savons pas encore de quelle nature sont les conditions décisives qui font qu'une fois un ulcère tuberculeux, une autre fois un lupus est le produit de l'inoculation tuberculeuse. Dans le cas de Leser, on doit attribuer l'apparition du lupus à une infection directe par le pus sécrété. L'expansion du pus correspondant presque exactement à la dimension du pansement appliqué pendant des années et le degré particulièrement très caractérisé de la maladie sur les parties inférieures et postérieures de la peau où la sécrétion s'était amassée en grande quantité, font supposer que c'est le pus tuberculeux stagnant qui a produit l'infection ; on ne peut toutefois pas nier

que, dans ce cas, les conditions pour une infection tuberculeuse, autant du moins que l'examen bactériologique a permis de le constater, étaient aussi favorables que possible. Souvent, pendant des semaines, la peau qui, par suite de l'eczéma, avait perdu partiellement son épiderme et se trouvait ainsi plus facilement accessible à une infection accidentelle, était recouverte de pus tuberculeux. En outre, il faut tenir compte de la température élevée qui favorisait l'action des bacilles tuberculeux, puisqu'il est incontestable que les pansements employés ont également contribué au développement de la chaleur.

Il est donc extrêmement vraisemblable que la maladie lupéuse s'est produite de cette manière ; ce cas a une importance spéciale, car, selon l'auteur, c'est la première observation qui démontre que le lupus de la peau provient d'une infection tuberculeuse de la peau par l'extérieur. Friedlander avait émis cette opinion dans son travail sur le lupus, dans lequel il insistait déjà sur le caractère tuberculeux de cette affection, puisqu'il pensait que le lupus était provoqué par une infection tuberculeuse de la peau venue de l'extérieur, tandis que, d'après lui, l'ulcère tuberculeux de la peau est une conséquence de l'infection tuberculeuse par la voie sanguine.

A. DOYON.

II. — L'auteur a examiné 4 tubercules anatomiques et a constaté dans tous ces cas les lésions suivantes :

L'épiderme est considérablement augmenté de volume, et cela d'autant plus qu'on se rapproche davantage du centre de la lésion ; en même temps les pupilles deviennent de plus en plus longues. Les cellules les plus profondes de l'épiderme et celles du corps muqueux sont saines, munies de pointes comme à l'état normal : néanmoins le corps muqueux est considérablement hypertrophié. Le stratum granulosum est épaissi et constitué par 5, 6 ou 8 couches de cellules granuleuses renfermant une grande quantité d'éléidine. L'épiderme corné est un peu épaissi, présente des cassures et des fendillements parallèles à la surface libre ; en certains points, il s'enfonce dans le corps muqueux sous forme de globes volumineux à structure feuilletée. Les canaux excréteurs des glandes sudoripares ont perdu leur forme contournée et sont presque rectilignes ; ils présentent une mince paroi qui forme un double contour de chaque côté de la lumière du tube.

Dans les papilles et dans la couche la plus superficielle du derme, on trouve des traces inflammatoires très nettes : nombreuses cellules embryonnaires groupées en amas ou disposées en traînées, occupant surtout la couche dermique immédiatement sous-jacente aux papilles. C'est sans doute dans cette zone que prennent naissance les petits abcès sous-épidermiques observés dans certains tubercules. Dans la couche la plus

profonde du derme, abondante infiltration de cellules lymphatiques ; autour de leurs canaux excréteurs, zone inflammatoire analogue à celle qui entoure les vaisseaux ; intégrité des cellules des glandes sudoripares et de leurs canaux excréteurs. La portion du derme interposée à la couche papillaire et à la couche des glandes sudoripares est peu altérée, sauf des zones inflammatoires autour des vaisseaux communicants et des tubes excréteurs. Le tissu conjonctif du derme présente une certaine irritation caractérisée par un nombre d'éléments cellulaires plus considérable qu'à l'état normal, mais cette irritation est peu intense. Les espaces lymphatiques et les canaux lymphatiques de la partie profonde du derme ne présentent pas de lésions. Les poils et les glandes sébacées ont disparu sous l'action du processus inflammatoire. Les nerfs sont complètement détruits dans les papilles et dans le derme enflammé.

M. Polosson a vainement cherché le bacille de la tuberculose dans ces lésions. De plus les porteurs de ces lésions, lesquelles remontent à 5 ans au moins, ne présentent pas trace de tuberculose. Aussi l'auteur conclut-il que, dans les cas qu'il a examinés, le papillaire anatomique n'était pas de nature tuberculeuse et, tenant compte des observations dans lesquelles il a été reconnu être de nature tuberculeuse, il déclare que « sous une même forme clinique évoluent des affections différentes au point de vue anatomo-pathologique, et que l'on se tromperait soit en affirmant que les tubercules anatomiques sont toujours tuberculeux, soit en affirmant qu'ils ne le sont jamais ».

GEORGES THIBERGÉ.

III. — Homme de 42 ans, portant sur la face externe du coude gauche une plaque légèrement saillante, large comme une pièce de 5 francs, légèrement rosée et ayant un aspect rugueux rappelant l'apparence de certains papillomes. Pas d'ulcération, mais à la partie supérieure orifice d'une fistule remontant de plusieurs centimètres sous la peau saine ; pas de dénudation osseuse appréciable ; pas d'adhérences de la plaque aux parties profondes. Pas de douleurs ni de gêne dans les mouvements. Un ganglion sus-épitrochléen, du volume d'une noisette, dur, roulant sous le doigt. Cette lésion remonte à six mois ; elle a débuté par une tuméfaction allongée suivant l'axe du membre, qui a été ponctionnée, puis drainée ; après l'enlèvement du drain, l'orifice persista et la lésion cutanée se produisit.

La lésion fut enlevée ; le trajet fistuleux était tapissé de fongosités ; on trouva un second trajet conduisant sur l'épicondyle dénudé.

A l'examen microscopique, il fut impossible de retrouver des bacilles tuberculeux. Néanmoins, les lésions avaient tous les caractères de la tuberculose. Couche cornée épaissie, papilles considérablement développées, allongées, et présentant par endroits de nombreuses ramifications. Le derme des papilles et la couche sous-papillaire sont infiltrés d'une grande quantité de cellules embryonnaires ; dans les couches profondes, il n'y a que de fines bandes de cellules embryonnaires. A la base des papilles et quelquefois à leur sommet, volumineux nodules arrondis formés de cellules embryonnaires déformées, vitreuses, se colorant mal, entourées d'une zone de cellules em-



bryonnaires se colorant bien ; dans la plupart de ces nodules, une ou plusieurs cellules géantes. Quelques nodules semblables, situés dans les couches plus profondes du derme, semblent avoir pris naissance dans le tissu conjonctif intertubulaire d'une glande sudoripare. Vaisseaux sanguins très développés ; leurs cellules endothéliales paraissent volumineuses et se colorent fortement.

GEORGES THIBIERGE.

IV.—Depuis Willan et Batemann, l'association du cancer au lupus n'était pas acceptée, on admettait presque l'incompatibilité entre ces deux affections ; aussi, les premiers faits de cette nature ne sont-ils présentés qu'avec une certaine timidité. Rayet, Bardleben en ont publié des observations très nettes, au sujet desquelles ils n'osaient pas être trop affirmatifs. Dans un cas d'Essig, le cancer survenu sur le lupus ne fut reconnu qu'à l'examen histologique. Peu à peu, cependant, les faits publiés par Devergie, O. Weber, Wenk, Volkmann, Hébra, Kaposi, Heine, etc. ; les travaux plus récents de Busch, de Lang, de Kaposi (1879), de Schütz (1885), de Schütz et Busch. — La thèse de Bidault faite sous l'inspiration de Leloir, et enfin l'intéressant mémoire de Raymond (*Ann. de Dermat.*, 87), ont suffisamment démontré la fréquente association du cancer avec le lupus,

L'auteur passe en revue tous ces travaux et expose, d'une façon nette et précise, ce qui s'en dégage actuellement : le cancer peut se développer assez fréquemment sur le lupus vulgaire, mais on ne l'observe pas sur le lupus érythémateux ; l'apparition du cancer sur des cicatrices de lupus parfaitement guéri depuis longtemps, est chose rare et très exceptionnelle ; presque toujours le cancer se développe sur un lupus en pleine évolution.

Cliniquement, le diagnostic de la complication est très difficile, surtout au début. Le cancer conserve sur le lupus la plupart de ses caractères propres : aspect mamelonné et ulcéreux, marche rapide, consistance dure, adhérences avec les parties voisines, d'où fixation de la lésion cutanée, enfin, envahissement précoce des ganglions. L'auteur insiste donc sur l'importance que présentent toutes les modifications qui surviennent dans le lupus : l'apparition de douleurs sur la plaque, l'engorgement des ganglions lymphatiques devront tenir en éveil, surtout chez un sujet de 40 à 60 ans.

L'auteur a consacré une grande partie de son travail à l'étude histologique de la question, et il cherche à en dégager la pathogénie et le mode de propagation du cancer.

Après avoir rappelé les descriptions qui ont été données des lésions lupiques, il montre que ce tissu mou, formé en grande partie de cellules embryonnaires et de tissu lymphoïde, n'opposera pas une résistance considérable à l'envahissement du cancer. Les cicatrices elles-mêmes

diffèrent des autres cicatrices en ce qu'elles conservent très longtemps de petits modules rudimentaires qui expliquent la facilité des récidives du lupus et l'accès facile des néoplasmes.

Mais ces lésions ne sont pas limitées au derme : presque toujours l'épiderme est plus ou moins modifié. La séparation entre le corps papillaire et la couche de Malpighi est moins accusée. L'épiderme est quelquefois épaissi et les cellules du corps muqueux présentent un peu de liquide autour de leurs noyaux. On rencontre aussi parmi les éléments de l'épiderme des cellules migratrices, et à la surface des placards une desquamation exagérée. Souvent même on constate une prolifération épithéliale accusée principalement vers la profondeur, et donnant lieu à la production de cônes épithéliaux s'enfonçant entre les papilles au delà de la limite ordinaire.

Ces modifications rendent quelquefois le diagnostic difficile, même au point de vue histologique, et peuvent faire soupçonner à tort l'existence d'un épithélioma. Il ne faut pas oublier alors que les lésions de l'épithélioma sont plus régulières, plus homogènes, et qu'elles tiennent la place prépondérante, tandis que, dans le premier cas, les altérations du lupus l'emportent de beaucoup sur les productions épithéliales.

C'est en vue de ces faits que Busch a décrit une variété de lupus qu'il appelle épithélioïde, et dans laquelle le processus morbide semble avoir intéressé à un haut degré l'élément épithélial, bien que l'affection suive la marche habituelle du lupus simple.

Quand il y a réellement combinaison des deux maladies, l'examen histologique ne montre pas seulement la juxtaposition, mais une véritable intrication des éléments morbides, des flots de cancer étant entourés de lupus, et réciproquement (Weber, Lang).

D'après les recherches personnelles de l'auteur, il y aurait même quelque chose de plus : au milieu ou au voisinage des masses cancéreuses, on constaterait une modification sur place des éléments du lupus. De petites, rondes, régulières, les cellules deviendraient inégales, irrégulièrement globuleuses et sembleraient prendre peu à peu le type épithélioïde. Aussi, le Dr V. Mibelli n'hésite pas à conclure que c'est aux dépens mêmes des éléments du lupus que se développe le tissu cancéreux. Le point de départ du cancer serait bien dans le réseau épithélial, couche de Malpighi ou glandes, mais l'envahissement ultérieur du néoplasme se ferait surtout par la transformation des cellules fixes ou des cellules migratrices du tissu conjonctif.

On sait que MM. Cornil et Ranvier expliquent également la progression du cancer par la transformation sur place des cellules conjonctives, mais ces auteurs tiennent pour l'origine conjonctive du cancer, et distinguent avec soin le carcinome de l'épithélioma. Le Dr Mibelli in-

siste, au contraire, sur l'origine épithéliale du cancer, et applique à l'épithélioma les mêmes considérations que Cornil et Ranvier appliquent au carcinome. La théorie soutenue par l'auteur nous paraît d'autant plus intéressante que l'on tend à revenir de divers côtés à la spécificité des cellules. Dans un remarquable travail publié par le Dr Bard (prof. agrégé de la Faculté de médecine de Lyon), dans les *Arch. de Physiologie*, cette opinion a été récemment défendue avec talent, et il paraissait établi que toute cellule, dans les tissus normaux comme dans les tissus pathologiques, provenait d'une cellule semblable.

Si les faits observés par le Dr Mibelli sont définitivement démontrés, cette transformation des cellules nous paraîtrait de nature à expliquer bien des phénomènes obscurs dans l'histoire des tumeurs.

Quoi qu'il en soit, le travail du Dr Mibelli résume parfaitement les connaissances acquises sur l'association du cancer avec le lupus, et par ses côtés originaux, nous paraît de nature à provoquer de nouvelles et intéressantes recherches sur l'évolution des néoplasmes. A. SIREDEY.

V.—Délaiés par les chirurgiens qui, dans leurs traités classiques, n'en donnent plus la description, les cancroïdes cutanés ne sont cependant pas sans les intéresser, car s'ils ressortent à la dermatologie dans leurs phases initiales ils peuvent, à une époque plus avancée, nécessiter une intervention chirurgicale. M. Broca a fait œuvre d'utile vulgarisation en donnant une description générale d'une affection qui, du moins en France, n'a été depuis longtemps l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Tout d'abord, il faut remarquer que cancer cutané n'est pas, comme semblent le croire quelques auteurs, synonyme de cancer de la face : non seulement tous les cancers de la face ne sont pas des cancers cutanés — témoin le cancer de la lèvre qui, par son siège initial et par son pronostic, fait partie des cancers de la bouche, — mais encore le cancer cutané peut occuper d'autres régions de la face.

Le cancer cutané débute parfois par une fissure dont on ignore l'origine; mais presque toujours il s'installe sur une lésion préexistante : plaie non encore cicatrisée, cicatrice parfois très limitée, ulcération mal soignée et en particulier vieil ulcère de jambe, adénome sudoripare, kyste sébacé, adénome sébacé, corne cutanée, verrue, nævus pigmentaire, ulcère lupeux, lupus acnéique, séborrhée concrète, placard de psoriasis, plaque d'eczéma, dermatoses artificielles diverses.

Dans tous les cas, l'invasion cancéreuse est lente, sourde, il se produit une ulcération irrégulièrement arrondie, à fond rouge terne, non bourgeonnante, indolente, à bords taillés à pic et un peu renversés en dehors, à base résistante et dépassant un peu le pourtour de la solution de continuité; cette ulcération gagne de proche en proche, souvent par

petits noyaux isolés. Quelquefois la cicatrisation a lieu au centre pendant que les bords s'étendent, mais le plus souvent la cicatrice ainsi formée ne tarde pas à s'ulcérer de nouveau. L'ulcération reste pendant longtemps très limitée, à l'état de croûte plus ou moins écorchée, si elle n'est pas irritée; en général, les ganglions correspondants ne sont même pas engorgés, ce qui témoigne de la bénignité relative du néoplasme. Néanmoins, l'ulcération peut s'étendre à toute la face, déterminer même des lésions des os et la production d'une méningite par perforation crânienne.

Les épithéliomas sudoripares sont remarquables par leur forme longtemps arrondie, les épithéliomas séborrhéiques restent entourés de croûtes caractéristiques, ce sont ces variétés qui donnent le plus souvent lieu aux épithéliomas multiples. L'épithélioma calcifié de Malherbe et Chenantais est caractérisé et individualisé au point de vue clinique par l'existence de fistules à peu près sèches, quelquefois multiples, conduisant le stylet sur une concrétion dure, dont l'expulsion spontanée est possible.

Lorsque les muqueuses sont atteintes par l'épithélioma dans sa marche envahissante, celui-ci ne présente pas nécessairement dès lors une aggravation dans sa marche; cependant, lorsque les cancroïdes siégeant vers le grand angle de l'œil atteignent le sac lacrymal, le canal nasal, l'ethmoïde et ses cellules, ils y donnent des prolongements profonds qui rendent impossible l'éradication complète.

Le diagnostic de l'ulcère cancéreux est facile lorsqu'on voit l'ulcération survenir lentement sur une vieille lésion cutanée dont on trouve encore les traces à sa périphérie. Le chancre induré, le chancre arsenical, le lupus, peuvent cependant causer des erreurs. Quant à l'ulcère cutané papillaire de Follin, le cancroïde existe ou du moins n'est pas loin lorsque l'ulcère existe, et la difficulté consiste à saisir le moment où commence l'évolution épithéliale.

L'affection a pour cause à la fois la lésion initiale et l'état constitutionnel qui a produit celle-ci et qui favorise en même temps le développement du cancroïde. L'âge auquel elle débute dépend en partie de la nature primordiale de la tumeur; mais il s'agit surtout d'une lésion de l'âge mûr, ou même de la vieillesse.

La structure des tumeurs n'explique pas les différences que présente leur aspect clinique. On peut observer toutes les espèces de l'épithélioma pavimenteux: lobulé, il vient soit des glandes sébacées, soit des follicules pileux, soit plus rarement des glandes sudoripares: tubulé, il provient le plus souvent des glandes sudoripares, ou encore du bourgeonnement du corps muqueux de Malpighi. De plus, ces diverses variétés peuvent s'associer entre elles.

Les caustiques ne peuvent être efficaces qu'à la condition d'être employés largement, sans quoi ils ne donnent qu'un coup de fouet à la lésion. Le chlorate de potasse, employé comme topique, peut être véritablement curatif contre l'ulcère cancéreux, il est aussi préventif et fait disparaître les plaques de séborrhée sèche ; il est vrai que, pour cela, il est fort bien suppléé par les lavages avec des solutions alcalines ou même par les simples savonnages de propreté. Cependant les guérisons obtenues par tous ces moyens sont un peu aléatoires, et, de tous les procédés de traitement à employer contre une ulcération bien limitée, le meilleur semble être l'ablution au bistouri aidée, s'il le faut, d'une autoplastie.

GEORGES THIERGE.

VI. — L'auteur résume, dans ce travail, une série de recherches qu'il a entreprises depuis 1881. Procédant par la voie de l'anatomie comparée, il part de l'étude de la peau des amphibiens, dont la texture est simple, pour arriver à se rendre compte de ce qui se passe dans la peau de structure plus complexe des mammifères et de l'homme.

Dans le premier chapitre, l'auteur montre que le pigment est formé par des éléments du sang dans les cellules qui entourent les vaisseaux sanguins. Chez la grenouille, il a trouvé une couche de la peau qui ne renferme pas de vaisseaux sanguins ni de pigment. Cette couche présente une structure tout à fait analogue à celle de la cornée. On rencontre, au contraire, les plus grandes quantités de pigment dans les cellules qui enveloppent le réseau capillaire sanguin immédiatement au-dessous de l'épiderme. Sur l'œil du bœuf, le tissu connectif pigmenté s'étend aussi sur la cornée, mais seulement jusque là où vont les anses vasculaires extrêmes.

Pour démontrer que l'hémoglobine se transforme en pigment, l'auteur a provoqué des hémorrhagies artificielles sur des chiens et des cobayes, et il a trouvé ensuite un pigment granuleux à l'intérieur des cellules du tissu conjonctif ; mais, dans l'interstice du tissu, il n'a constaté que de l'hématoidine cristallisée. Aussi, l'auteur se croit-il autorisé à affirmer que l'élément colorant du sang est transformé en pigment granuleux à l'intérieur des cellules par l'action de celles-ci, tandis que, dans les interstices du tissu, il se précipite sous forme d'hématoidine cristallisée. L'auteur réfute ensuite l'opinion d'après laquelle le pigment se formerait dans l'épiderme, et montre que, même aux places où l'on a cru que l'épiderme seul contenait du pigment, par exemple à l'aréole du sein, aux parties génitales, le pigment se forme aussi dans le tissu conjonctif et s'accumule sous l'épiderme, de telle sorte qu'il semble s'être formé dans ce dernier.

Dans les deuxième et troisième chapitres, l'auteur étudie le pigment

dans l'épiderme et la façon dont il passe du chorion dans l'épiderme. Il montre le pigment abandonnant les couches supérieures du chorion en une petite place, et, en cette même place, s'accumulant dans l'épiderme. On trouve alors dans ce dernier un amas globulaire formé de pigment et les cellules du derme dépourvues de pigment. C'est ce que l'auteur appelle la première période, le premier degré d'infiltration pigmentaire de l'épiderme. Puis le pigment commence à monter dans l'épiderme, les cellules de la base ne contenant plus de pigment, les cellules supérieures conservant leur pigment. A la limite des deux couches de cellules, on voit apparaître des cellules pigmentées ramifiées. C'est là le deuxième degré d'infiltration pigmentaire. A mesure que les couches extérieures de l'épiderme se détachent, la limite du pigment s'élève vers la surface, et, finalement, l'épiderme perd son pigment, tandis qu'il s'en forme de nouveau dans les cellules du derme. Cet état constitue le troisième degré de l'infiltration pigmentaire.

Le mécanisme du transport du pigment est étudié dans le troisième chapitre. Comme l'auteur n'a jamais trouvé le pigment granuleux ailleurs que dans le protoplasma cellulaire, il supposait *à priori* que le passage devait avoir lieu par de fins prolongements cellulaires allant du chorion dans l'épiderme. Il a constaté anatomiquement la présence de ces prolongements dans la peau de la salamandre sur des préparations colorées par le chlorure d'or; puis sur la conjonctive du bœuf, sur le bulbe du poil de l'homme et sur la peau normale de la nuque de l'homme, ici seulement en petit nombre. Dans certains processus pathologiques, par exemple, sur les papules syphilitiques des parties génitales à leur début, ces prolongements cellulaires sont très abondants et d'une grande longueur. Dans la leucodermie syphilitique, dans le vitiligo commençant et dans le grisonnement précoce des cheveux, ils disparaissent.

Dans le vitiligo, le pigment est rejeté à la périphérie des taches blanches.

A. DOYON.

VII. — Chez un enfant de 2 ans, né à Paris, de père et de mère blancs, presque toute la peau du tronc en avant et en arrière présentait, depuis la naissance, une coloration brun chocolat; aucune saillie ne séparait la peau blanche de la peau noire. Quelques taches pigmentaires étaient disséminées sur les membres et le front. Les cheveux étaient noirs. Il n'y avait aucune autre malformation congénitale extérieure ni viscérale.

L'examen biopsique de la peau donna les résultats suivants : les divers strata de l'épiderme ont leur disposition normale, mais les deux ou trois rangées les plus profondes de cellules, formant le stratum malpighien, sont infiltrés d'une quantité considérable de granules pigmentaires noirs

extrêmement fins, accumulés dans la partie des cellules qui regarde la surface cornée; les cellules des rangées superficielles de la couche malpighienne ne contiennent que peu ou pas de pigment.

Le derme contient aussi des flots pigmentaires de dimension variable, n'atteignant jamais les rangées épithéliales de l'épiderme, bien qu'ils siègent dans la couche superficielle du derme. Ces flots pigmentaires, arrondis, allongés, etc., d'un noir opaque sont constitués par des amas de cellules arrondies, déformées, infiltrées de granules de pigment. Ces cellules sont tellement serrées et noires que leurs contours deviennent indistincts. Autour des flots opaques, disséminés entre les faisceaux conjonctifs du derme, on rencontre des éléments plus ou moins confluent, nucléés, ovoïdes, arrondis, allongés et infiltrés de pigment, qui sont évidemment les mêmes que ceux qui entrent dans la constitution des amas pigmentaires précités. Outre ces éléments pigmentés, il y a un grand nombre de cellules, probablement des cellules fixes du tissu cellulaire, qui se sont substituées au feutrage profond du derme; ces cellules deviennent plus nombreuses à mesure qu'on se rapproche de la profondeur.

Les vaisseaux et les nerfs, les glandes de la peau ne participent pas à cette altération.

Des lésions analogues existaient dans une tache pigmentaire de la peau.

Le pigment observé dans ces diverses lésions a les mêmes réactions chimiques que le pigment choroïdien. Il résiste à l'action de l'acide sulfurique et se décolore par l'eau chlorée. C'est, au point de vue chimique, vraisemblablement de la mélanine.

GEORGES THIBERGE.

VIII.—Homme de 53 ans, porteur depuis 3 ans d'une petite tumeur du dos, qui avait grossi peu à peu, s'était excoriée, et qui avait été deux fois liée à sa base avec un fil, puis cautérisée; cette tumeur siégeait à peu près au milieu de la hauteur de l'omoplate; elle était, au moment de l'examen, de coloration noire, lisse à la périphérie, exulcérée à sa surface, festonnée sur les bords et paraissait formée de trois petits flots arrondis, réunis par leurs bords; cette tumeur mesurait environ 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre dans sa plus grande largeur. Grosse masse ganglionnaire adhérente à la peau dans l'aisselle. Nombreuses taches congénitales d'un noir foncé assez exactement symétriques sur les bras, les avant-bras et le tronc. Etat général conservé bon. Evidement de l'aisselle, suivi de récurrence dans la cicatrice, environ un mois après l'opération. Mort rapide par généralisation cancéreuse.

A l'examen, la tumeur dorsale présente les caractères du sarcome alvéolaire mélanique. Elle est formée de nodules arrondis ou ovoïdes, dont quelques-uns atteignent la surface du derme et soulèvent l'épiderme; l'épiderme a perdu ses cônes interpapillaires et forme une ligne parfaitement uniforme; les couches cornées sont devenues plus épaisses, et il présente dans son



épaisseur des cellules disséminées chargées de pigment, qui s'accumule surtout dans la rangée la plus profonde des cellules épidermiques. Les nodules sarcomateux eux-mêmes sont formés de cellules arrondies ou polyédriques par pression réciproque, munies d'un beau noyau ovoïde, réunies par groupes disposés dans une trame alvéolaire; les éléments mélanotiques occupent très fréquemment les travées interalvéolaires, sous forme d'éléments allongés; parfois, cependant, ils font partie des groupes qui remplissent les alvéoles. Dans les ganglions, les lésions sont de même nature.

GEORGES THIBIERGE.

IX. — Femme de 57 ans, malade depuis novembre 1885. En mai 1886, entrée à l'hôpital pour de la dyspnée avec toux coqueluchoïde; elle avait déjà sur les parties découvertes de la peau une coloration noirâtre disposée par plaques et peu foncée, et on trouvait dans l'épaisseur du derme plusieurs tumeurs mélaniques, dont la plus volumineuse, de la largeur d'une pièce de deux francs, était enchâssée dans la peau de l'épaule gauche; d'autres tumeurs existaient sur les joues, la cuisse droite, le thorax.

En octobre 1886, la peau de la face, du cou et des mains présente une teinte brune très foncée, comme celle d'une mulâtresse. Dans les parties habituellement recouvertes par les vêtements, les téguments ont une coloration bronzée et l'aspect de la surface cutanée est le même que dans la maladie d'Addison. Il existe en outre des tumeurs dont : 1° les unes font partie du derme cutané, sont noires comme du charbon, de consistance dure, dépassent de quelques millimètres le niveau de la peau, qui ne présente à leur niveau aucune modification de l'épiderme où est le siège d'exulcérations par lesquelles font issue des végétations de matière noire; 2° d'autres, beaucoup plus nombreuses, n'entament pas le derme, semblent développées aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané, correspondent à un soulèvement de la peau qui a une teinte bleuâtre à leur niveau et sont mobiles sous la peau et sur les parties profondes; 3° les dernières ne s'accompagnent ni de soulèvement ni de changement de coloration des téguments et ne peuvent être perçues qu'en promenant attentivement le doigt sur la peau au niveau du thorax où elles sont surtout abondantes.

En outre, il existe de nombreuses verrues, dont l'une, située au centre d'une néoplasie cutanée, est atteinte en partie par la dégénérescence.

Les ganglions superficiels sont tous atteints.

Les muqueuses de la bouche et du vagin ne présentent ni taches pigmentaires ni saillies néoplasiques.

Gêne respiratoire, toux coqueluchoïde, symptômes d'adénopathie bronchique. Mort le 6 décembre.

A l'autopsie, on trouve deux tumeurs principales situées symétriquement de chaque côté, un peu en avant des angles du maxillaire inférieur, limitées au derme et ne se prolongeant pas dans le tissu cellulaire sous-cutané, recouvertes d'une mince couche d'épiderme. Sur la face antérieure du thorax, une tumeur cutanée recouverte d'une verrue envahie par la dégénérescence mélanique. En examinant la peau du tronc, par sa face profonde, on trouve un grand nombre de petites granulations noires qui ont un volume trop faible pour se révéler à l'œil en soulevant les téguments. Sur la face postérieure du thorax et de l'abdomen, les tumeurs sont moins nombreuses que sur la face antérieure. Aux membres, on les rencontre aux cuisses et aux bras. Leur nombre peut être évalué approximativement à plus d'une cen-

taine. La peau du cuir chevelu, celle des membres supérieurs au-dessous des coudes, celle des membres inférieurs au-dessous des genoux paraissent indemnes de toute tumeur.

Tous les ganglions superficiels, particulièrement ceux du cou, de la nuque, des aisselles, des aines, sont hypertrophiés et dégénérés et se continuent avec les néoplasmes sous-cutanés développés dans leur voisinage.

Il existe des tumeurs mélaniques dans le cœur, dans les bronches, les ganglions trachéo-bronchiques, le corps thyroïde, l'œsophage, l'estomac, la dernière portion de l'intestin grêle, le gros intestin, les capsules surrénales.

L'examen histologique sommaire des tumeurs cutanées montre qu'il s'agit d'un sarcome fasciculé mélanique.

L'observation que nous venons de résumer longuement est très importante à divers points de vue; mais il en est un que nous voulons indiquer particulièrement, l'existence de lésions des capsules surrénales qui expliquent le développement de la mélanodermie : ces lésions n'avaient pas encore été signalées dans la mélanosarcomatose cutanée, quoique celle-ci soit souvent accompagnée de mélanodermie, ainsi qu'en font foi les observations rapportées dans l'excellente thèse de L. Perrin.

GEORGES THIBIERGE.

X. — Homme de 55 ans, atteint depuis un an d'une tumeur développée sur le bord interne du pied droit, sans qu'il n'y ait jamais eu ni tache ni nævus préexistant; cette tumeur rougeâtre, indolente, avait atteint en 8 mois le volume d'une noisette et était le siège d'une ulcération indolente; un deuxième nodule semblable au premier se produisit alors à la face externe de la jambe, atteignit bientôt le volume d'une cerise, et en même temps que 2 ou 3 autres nodules se développaient dans la même région. Des tumeurs se montrèrent ensuite sans ordre et sans symétrie sur toute la surface du corps, surtout abondantes sur le membre inférieur droit, d'un volume variant de celui d'un grain de Millet à celui d'une noisette, arrondies ou ovoïdes, non pédiculées, de coloration brune ou violacée, quelques-unes bleuâtres et même tout à fait noires, de consistance ferme; ces tumeurs sont, pour la plupart, isolées, celles qui sont agglomérées forment des masses mamelonnées. Dans l'intervalle, pas de coloration anormale de la peau. Les tumeurs sont au nombre d'environ 200; mais un bon nombre d'entre elles sont sous-cutanées et se cachent sous les téguments. Mort par cachexie 14 mois environ après le début de la maladie.

A l'autopsie, lésions mélaniques du péritoine, du rein gauche, de la rate, du pancréas, de la vessie, de la plèvre, du péricarde, mais surtout des poumons. Au microscope, un des nodules de la peau, enlevé pendant la vie du malade, présentait la structure du sarcome mélanique à cellules rondes, avec des caractères qui le rapprochaient du carcinome (sarcome alvéolaire des Allemands, sarcome-carcinomateux de Virchow). GEORGES THIBIERGE.

XI. — Un homme de 53 ans portait dans le dos une petite tumeur qui fut enlevée en juin 1882 et considérée comme un kyste sébacé. La plaie opératoire ne se cicatrisa pas, malgré les topiques les plus divers; mais, après une cautérisation au fer rouge, elle guérit presque totalement en un mois et

demoi; toutefois l'ulcération s'épaissit assez vite et, pendant quatre à cinq mois, M. Ollier soumit le malade à un traitement antisypilitique, sans résultat d'ailleurs.

En 1885, M. Defontaine vit le malade pour la première fois. Il existait alors une ulcération présentant deux parties : l'une supérieure, de 25 centimètres carrés, l'autre inférieure, de 6 centimètres carrés; ces deux pertes de substance étaient séparées l'une de l'autre par un mince pont cicatriciel. Le fond de l'ulcère était gris jaunâtre par places, rouge en d'autres points; les bords faisaient une saillie de 1 centimètre à 3 ou 4 millimètres sur le fond de l'ulcère. En haut, ces bords étaient décollés; en bas, ils se continuaient avec le fond de la plaie.

Le malade fut présenté à la Société de chirurgie le 27 mai 1885, des opinions diverses furent formulées : syphilis, épithélioma, tuberculose. Le malade fut soumis à un nouveau et rigoureux traitement antisypilitique, pendant le cours duquel l'ulcération continua de s'étendre.

Au mois d'octobre, cette ulcération avait une forme ovale, à grand diamètre vertical de 10 à 11 centimètres, et à petit diamètre transversal de 5 centimètres; on y pouvait distinguer trois parties : une principale, ayant 1 centimètre de profondeur, et à bords taillés à pic; une deuxième partie aussi creuse, plus étroite, séparée de la première par une jetée de tissu non ulcéré, bien que brunnâtre et cicatriciel. La troisième partie était une ulcération peu profonde, formant sur le bord externe de la plaie une marge festonnée d'environ 1 centimètre. Le fond de l'ulcère, mamelonné, offrait des stries rougeâtres, ressemblant à des fibres musculaires dénudées, entre lesquelles on voyait du pus jaunâtre mélangé de lambeaux cellulaires. Les bords, taillés à pic, étaient décollés en certains points. La lésion ne causait d'autres troubles fonctionnels que de légers picotements, comparables à ceux que produirait une fine aiguille.

L'ablation fut pratiquée à cette époque et obligea à faire une large plaie étendue des apophyses épineuses jusqu'à l'omoplate, dont la cicatrisation ne demanda pas moins de quatre mois.

Sur la partie enlevée, on constata que l'ulcération reposait sur une base indurée de 2 millimètres d'épaisseur qui, elle-même, était sous-jacente à du tissu cellulo-adipeux. L'examen histologique, fait par M. Malassez, fournit les résultats suivants : « Le fond et le voisinage de l'ulcération sont constitués par du *sarcome fasciculé*, néoformation qu'on pourrait rapprocher de certaines chéloïdes. Pas de trace d'épithélioma. Rien qui ressemble à une lésion tuberculeuse; rien non plus qui permette d'affirmer ou de nier l'existence d'une syphilis concomitante. »

En juillet 1886, il se produisit sur la cicatrice une petite ulcération qui grandit vite, donna lieu à l'écoulement d'un exsudat fétide, glaireux, un peu purulent, et dont l'excision fut aussitôt pratiquée; la cicatrisation se fit beaucoup attendre, mais fut définitive.

Telle est l'importante observation de M. Defontaine, que nous avons voulu résumer aussi complètement que possible, en raison de son intérêt capital. Elle prouve, en effet, que le sarcome cutané primitif, affection rare et mal connue jusqu'à la thèse de Perrin, est susceptible d'aboutir à l'ulcération. Par conséquent, dans le nombre des ulcérations cutanées, il faut ranger les ulcérations sarcomateuses, dont la possibilité devra

venir en ligne de compte dans le diagnostic des ulcérations syphilitiques, tuberculeuses et cancéreuses.

GEORGES THIBIERGE.

XII. — Le D<sup>r</sup> T..., Américain, de 49 ans, avait eu une pleurésie grave du côté droit, et se croyait depuis deux ans phthisique. Sa mère était asthmatique et avait succombé à une apoplexie pulmonaire, sa sœur était morte de tuberculose pulmonaire. Il était soigné par le D<sup>r</sup> Dunsmore de Minneapolis qui lui trouva à l'auscultation des signes de destruction du poumon droit et qui appela l'auteur en consultation pour les lésions cutanées dont il était atteint.

La partie droite de la poitrine depuis la deuxième jusqu'à la septième côte, depuis le bord postérieur de la région axillaire en arrière jusqu'au delà de la ligne médiane en avant, était le siège d'un néoplasme nodulaire d'aspect irrégulier intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, donnant au toucher une sensation de fermeté assez accentuée, et dont les nodules variaient comme dimensions de celles d'un pois à celles d'une noisette. Nulle part il n'y avait trace d'ulcération. Une zone de trois pouces de diamètre environ située vers le mamelon et correspondant aux parties les plus anciennes de la tumeur était composée de nodules confluent, tellement serrés que l'épaisseur de la peau en était fort augmentée : cette plaque centrale avait un aspect irrégulier, la surface en était rugueuse et inégale ; tout autour se trouvaient des plaques nodulaires de dimensions variables, de quatre à six lignes d'épaisseur, plus ou moins confluentes, provenant de trois à huit nodules lesquels, plus tard, grâce au développement de nodules nouveaux, à leur augmentation de volume et à l'infiltration de la peau voisine, arrivaient à constituer des masses tuberculeuses étendues, irrégulières entre lesquelles se voyaient des nodules disséminés de la grosseur d'un pois environ. Au delà de cette deuxième zone se voyaient encore des tubercules de formation plus récente, disséminés, mais ayant une certaine tendance à former des groupes circulaires. Les nodules gros et petits présentaient une consistance ferme quoique pâteuse et avaient une coloration qui variait du pourpre au vermillon. Les plus récents étaient recouverts d'un épiderme presque normal, les plus vieux d'un épiderme épaissi et verruqueux, d'où semblait suinter un peu de sérum lequel se desséchait pour former de minces croûtelles. Les masses n'étaient nulle part adhérentes à l'aponévrose sous-jacente. Les ganglions axillaires du même côté étaient un peu tuméfiés. Il n'y avait pas de pigmentation mélanique. Le malade se plaignait parfois de sensations de gêne et de brûlure dans les parties intéressées, bien qu'elles ne fussent pas douloureuses au toucher : il y avait aussi queques douleurs de nature névralgique le long des nerfs intercostaux. La durée de la néoplasie depuis l'apparition du premier nodule jusqu'à la mort du malade fut de sept mois.

L'autopsie fut pratiquée par le D<sup>r</sup> Hunter et l'examen microscopique de la peau par cemédecin et le D<sup>r</sup> Dunn. Le néoplasme siégeait dans les couches papillaires et profondes du chorion. Partout les papilles étaient fort hypertrophiées, parfois ramifiées. De nombreuses cellules à noyau du type épithélial étaient disséminées dans le réticulum fibreux des papilles, surtout à leur base et dans les couches superficielles du chorion ; elles avaient une tendance marquée à former des amas séparés par des tractus de tissu conjonctif. Dans les couches profondes les cellules étaient beaucoup moins nombreuses. En aucun point on ne put constater que ces cellules épithélioïdes eussent des relations avec les cellules de l'épiderme, et nulle part on ne vit de

globes épidermiques. Cependant, bien que la tumeur ne présentât pas les caractères distinctifs de l'épithélioma, les deux histologistes crurent pouvoir conclure à sa nature carcinomateuse.

L. B.

XIII. — L'auteur préconise l'acide acétique contre la plupart des difformités de la peau. Les avantages qu'il trouve à cet agent connu depuis si longtemps sont les suivants : ce n'est qu'un caustique superficiel qui ne désorganise pas les tissus avec beaucoup d'activité, de telle sorte qu'on peut toujours se rendre facilement compte de la profondeur à laquelle on a pénétré : lorsqu'on le manie avec soin son application n'est pas douloureuse ; enfin il ne laisse pas fatalement de cicatrice.

Dans les cas de nævi pigmentaires, il se sert d'acide acétique cristallisable qu'il applique à plusieurs reprises sur la partie malade jusqu'à complète destruction. Le mode opératoire ne m'a pas semblé assez clairement expliqué. Il prétend que, lorsque le nævus fait une légère saillie au-dessus du niveau des téguments, on peut, par ce procédé, en obtenir la disparition totale sans qu'il persiste de cicatrice. Quand, au contraire, la région pigmentée est de niveau avec les parties voisines, il faut prévenir le malade qu'il peut persister une légère dépression.

Voici comment le Dr Carpenter procède pour détruire les poils ; il prend un petit morceau de sapin (*little pine stick*), le taille en pointe extrêmement fine, puis le plonge dans de l'acide acétique cristallisable et l'applique sur la peau à côté du poil à détruire, sur lequel on exerce une légère traction soit avec les doigts, soit avec une pince. On fait ainsi plusieurs applications à quelques minutes d'intervalle ; la peau s'amollit et la pointe peut pénétrer dans le follicule pileux. Le poil cède alors à la moindre traction et on termine l'opération en introduisant aussi profondément que possible la pointe dans le follicule pileux. L'auteur se sert parfois pour cette dernière opération de la tête d'une aiguille : le chas de l'aiguille retient un peu d'acide qui se trouve porté au fond du follicule. Il a pu ainsi opérer dix poils par séance.

Cette méthode, tout comme l'électrolyse d'ailleurs, a pour inconvénient de détruire les glandes sébacées annexes des follicules pileux, ce qui peut avoir pour résultat de provoquer de la sécheresse de la peau quand on a détruit beaucoup de poils dans une même région. L'auteur croit que l'acide acétique doit être préféré à l'électrolyse quand il s'agit de poils peu touffus ou isolés.

Le Dr Carpenter termine son mémoire en relatant des cas de petites tumeurs verruqueuses pédiculées, enlevées en faisant agir l'acide acétique soit sur la tumeur elle-même, soit sur son pédicule. D'ailleurs il ne préconise pas ce procédé comme le seul qui doive être employé, ni même comme le meilleur dans tous les cas ; il signale seulement son utilité, et

il appelle l'attention sur le peu de dangers que présente l'emploi de cet agent et sur sa réelle efficacité.

Après la lecture du travail précédent à l'Académie de médecine, une discussion s'engagea sur cette question. Le Dr Drury fit remarquer que, depuis longtemps déjà, on emploie les caustiques pour détruire les poils, mais que jusqu'ici ces agents ont presque toujours été infidèles dans leur action et ont laissé après eux des cicatrices difformes. Si l'acide acétique cristallisable ne présente pas ces inconvénients, et s'il produit bien la destruction des follicules, son emploi entrera dans la pratique. Cependant il ne voit pas trop quel avantage ce procédé présente sur l'électrolyse dont presque tous les dermatologistes se servent maintenant. Quand on opère avec soin, on peut détruire de 80 à 95 poils sur 100, et il pense même qu'avec un peu d'habitude on peut encore arriver à diminuer ce chiffre des récidives. Il peut persister une tache blanche après l'opération, mais jamais de cicatrice. Il croit, d'ailleurs, que l'on peut, en ne laissant agir que peu de temps l'électricité, éviter la destruction des glandes sébacées.

Le Dr Whittaker insiste de nouveau sur l'importance qu'il y a à distinguer les taches pigmentées qui font saillie au-dessus du niveau des téguments de celles qui ne forment aucun relief. Les premières peuvent disparaître complètement et sans laisser de cicatrices par des applications d'acide nitrique fumant ou d'acide acétique cristallisable : c'est que, dans ces cas, le pigment est superficiel et disparaît en même temps que la partie saillante du *nævus*. L'auteur préfère même pour cela l'acide nitrique fumant qui doit être manié avec beaucoup de précaution, mais dont une seule application suffit dans l'immense majorité des cas. Dans les taches qui ne font aucun relief le pigment est, au contraire, contenu dans le chorion, et leur disparition est suivie d'une cicatrice. On peut les traiter d'après lui par des injections sous-cutanées (*subcutaneous*) ? d'acide phénique : on injecte de 1 à 5 gouttes d'un mélange à parties égales d'acide phénique et de glycérine.

Nous ferons remarquer au lecteur que nous nous contentons de traduire littéralement la communication du Dr Whittaker, mais que nous sommes loin de l'encourager à essayer des injections interstitielles d'un mélange aussi caustique. Dans les divers services que nous avons suivis nous n'avons jamais vu expérimenter une semblable méthode. L. B.

XIV. — Chez une petite fille de onze mois présentant dans le dos un *nævus* du volume d'une forte demi-noix, M. Mayor pratiqua, à un mois d'intervalle, deux séances d'électrolyse qui amenèrent une très rapide diminution de volume de la tumeur ; les parties de la tumeur restées perméables au sang s'affaissèrent néanmoins par la suite et, au bout de



quatre mois, il ne restait plus qu'une petite plaque mollesse, ayant presque la consistance du tissu cellulaire ambiant et sans changement de coloration des téguments.

L'auteur insiste sur ce fait qu'il n'est pas nécessaire d'employer des courants forts : il s'est arrêté à un courant de 2 milliampères et, pendant un instant seulement, est monté à 6 milliampères, alors que les auteurs donnent 12 et 15 milliampères comme un minimum. GEORGES THIBERGE.

XV. — Sur un jeune homme, de 17 ans, guéri d'une pneumonie franche du côté gauche avec léger épanchement pleural, on constata, 13 jours après la défervescence, des vergetures occupant, sur le côté droit du thorax, un espace quadrilatère limité en dedans par la colonne vertébrale, en dehors par la ligne axillaire, en haut par la neuvième côte, en bas par une ligne passant à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque ; elles étaient d'une coloration violacée, parallèles aux côtes, disposés sur une quinzaine de rangs et séparées par des intervalles de peau saine, avaient une largeur de quelques millimètres à un centimètre et une longueur de un à plusieurs centimètres. Il n'y avait aucun phénomène douloureux à leur niveau.

Le thorax était plus large à droite qu'à gauche, de 3 centimètres  $1/2$  sous les aisselles, de 3 centimètres au niveau des mamelons ; la colonne vertébrale formait une courbe dont la concavité regardait vers la gauche. Pas de modification de la sonorité thoracique ; léger affaiblissement du murmure vésiculaire avec quelques frottements à la base gauche.

Quelques vergetures au-dessus des rotules et au niveau des grands trochanters.

Rapprochant cette observation des faits de vergetures observés dans le pneumothorax par Thaon et Gimbert, M. Gilbert admet l'explication proposée par ce dernier auteur à savoir que les vergetures sont dues à l'ampliation exagérée d'un des côtés du thorax, ampliation qui se produit du côté opposé à la lésion pulmonaire afin de compenser la diminution du champ respiratoire résultant de cette lésion. GEORGES THIBERGE.

XVI. — L'auteur rapporte les observations de quatre jeunes gens atteints d'épilepsie et présentant, au niveau de la région lombaire, des fesses et des cuisses, et l'un d'eux même sur les bras, des vergetures très prononcées. Après avoir rappelé que les vergetures peuvent être dues à des causes mécaniques, ou être d'origine trophique, l'auteur fait remarquer que, si on connaît bien dans l'épilepsie des névralgies suivant le trajet de certains nerfs, de l'hypéresthésie limitée à certains points, on n'y a pas encore décrit de troubles trophiques. Pour lui, l'origine des vergetures qu'il a observées chez ces sujets reste obscure. Nous ferons remarquer,



pour notre part, que les vergetures de la région lombaire, des fesses et des cuisses sont d'une extrême fréquence chez les sujets qui ont dépassé 15 ou 16 ans, qu'il est impossible de les rapporter à une cause morbide quelconque et qu'elles paraissent dues seulement à une distension de la peau dans les mouvements du tronc et peut-être aussi à ce que le développement physiologique de la peau ne présente pas une marche absolument correspondante au développement normal du squelette, et à ce que les modifications de l'embonpoint ne sont pas accompagnées de changements parallèles dans l'accroissement en surface de l'enveloppe cutanée. En tous cas ces vergetures sont trop fréquentes en dehors de l'épilepsie pour que nous puissions voir, dans les observations dont il est ici question, autre chose qu'une coïncidence.

GEORGES THIBIERGE.

XVII. — Ces vergetures siégeaient sur le côté droit, au-dessous de l'aiselle, formaient un groupe étendu depuis le bord axillaire de l'omoplate à partir de la quatrième côte environ jusqu'au rebord des cartilages costaux. Elles formaient, dans leur ensemble, des lignes brisées, dont les supérieures étaient obliques d'avant en arrière et de bas en haut et les inférieures presque horizontales; cette distribution ne rappelait en aucune façon la direction des espaces intercostaux. Elles étaient effilées à leurs extrémités, longues de 3 à 4 centimètres, larges de 4 à 5 millimètres dans leur partie moyenne. La peau était violacée et légèrement déprimée et amincie à leur niveau. Ces vergetures furent découvertes par hasard trois mois après l'entrée du malade à l'hôpital et plus d'un an après le début de la tuberculose; leur coloration indiquait qu'elles devaient être d'origine récente.

A l'autopsie, on trouva les deux poumons infiltrés de tubercules dans presque toute leur étendue, sans épanchement pleural ni à droite ni à gauche.

A l'examen histologique, sur une coupe perpendiculaire au grand axe de la vergeture, la peau est légèrement déprimée, l'épiderme un peu aminci ne paraît pas autrement altéré; les faisceaux fibreux du derme sont, au niveau de la vergeture, étirés en bandes parallèles dirigées transversalement d'un bord à l'autre de la vergeture; ils sont légèrement dissociés. Cette disposition contraste avec celle des parties voisines, où les faisceaux fibreux, intimement entrelacés, forment un feutrage serré et résistant (état normal). Les papilles du derme sont aplaties, ou même ont complètement disparu sur les coupes colorées par l'éosine et la potasse (procédé de Balzer). Les fibres élastiques étirées parallèlement comme les fibres lamineuses paraissent très grêles, groupées en deux ou trois faisceaux, laissant entre eux de grands espaces où l'on n'aperçoit que de rares fibrilles extrêmement fines; sur les limites de la vergeture, le

réseau élastique normal est un peu plus dense, et renferme un grand nombre de fibres ratatinées qui sont vraisemblablement des fibres rompues de la portion étirée, ce qui explique la raréfaction du réseau au niveau de la vergeture.

GEORGES THIBIERGE.

XVIII. — Chez une femme multipare, les auteurs ont examiné les vergetures des seins et de l'abdomen et ont constaté les mêmes lésions histologiques que dans le cas précédent. Ils insistent sur la lésion des fibres élastiques qui, tout en étant la plus importante, n'a été décrite par aucun auteur. C'est, comme ils le font remarquer, le réseau élastique qui forme la trame de soutien du derme et lui donne ses propriétés spéciales de résistance et de souplesse, tandis que l'épiderme et les faisceaux lamineux ne jouent qu'un rôle tout passif. La rupture de quelques fibres favorise la distension des autres, et la raréfaction du réseau au niveau des vergetures s'explique par le retrait des fibres rompues qui se sont ratatinées de chaque côté de la vergeture. Quant à la cause de cette rupture, elle est peut-être uniquement la distension de la peau, car il n'y a aucune modification appréciable de la structure des fibres élastiques.

En résumé, les altérations des vergetures consistent uniquement dans la distension des éléments constitutifs de la peau, étirés dans le sens de la vergeture. Celle-ci n'est donc ni une atrophie de la peau, ni une cicatrice.

GEORGES THIBIERGE.

## VARIÉTÉS

Le Dr Gustave Wertheim, primarius au Rudolfspitale et professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, est mort récemment à Vienne. Il est le premier qui ait considéré le psoriasis comme étant de nature parasitaire. Il est l'auteur de plusieurs travaux estimés sur la syphilis et la dermatologie.

Le Dr A. Jarisch, privat-docent à l'Université de Vienne et bien connu par ses recherches sur les maladies de la peau, a été nommé professeur extraordinaire et directeur de la clinique dermato-syphiligraphique à l'Université d'Innsbruck, à la place du professeur E. Lang.

Le professeur Emerich Poor, médecin en chef de la division pour les maladies cutanées et syphilitiques au Rochuspitale à Buda-Pest, a pris sa retraite après 33 ans de service. Il a été provisoirement remplacé par le professeur Géza Antal.

A propos du travail si complet de M. Leloir sur les Universités allemandes, nous recevons la lettre rectificative suivante concernant la situation du privat-docent. Ce dernier a seulement la *permission* de la faculté et non pas mandat de faire des leçons, et, par suite, l'enseignement par le privat-docent n'est pas officiel (dans certaines circonstances, il arrive quelquefois que, par exception, un privat-docent reçoit mission d'enseigner). Mais si, par exemple, dit l'auteur de cette note, le privat-docent de l'Université de Leipzig, quittait cette université, la faculté ne ferait rien pour le remplacer. Car, en thèse générale, il n'a pas de charge de professeur. Donc, aucun enseignement de dermatologie n'aura lieu jusqu'à ce qu'un autre privat-docent se présente pour cette spécialité. Le professeur Leloir, ajoute-t-il, se fait peut-être une idée trop belle de l'avenir du jeune dermatologiste en Allemagne; je ne serais pas mécontent qu'il eût raison.

## OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

*Leçons sur la thérapeutique de la syphilis*, par M. le Dr L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, etc., recueillies par M. Hamonic, interne du service. (Extrait de la *France médicale*, t. II, n<sup>os</sup> 17 à 34, 1882.) Paris, Delahaye-Lecrosnier, une brochure in-8°.

*Traité de pathologie chirurgicale spéciale*, par Franz Koenig, professeur de chirurgie et directeur de la clinique chirurgicale de Göttingue, traduit de l'allemand d'après la 4<sup>e</sup> édition, par J.-R. Comte, chirurgien adjoint de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction de M. le Dr Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, tome I, 1<sup>er</sup> fascicule, avec 79 figures dans le texte. Paris, Delahaye-Lecrosnier.

*Manuel de métallothérapie et de métalloscopie*, appliquées au traitement des maladies nerveuses, au diabète et aux maladies épidémiques. *Burquisme* et *magnétisme animal* (grand et petit hypnotisme), par le Dr J. Moricourt, ex-interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique du Dr Burq. 1 vol. in-12, Paris, Delahaye-Lecrosnier.

*Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes*, par Hermann v. Zeissle et revu par Maximilian v. Zeissle, privat-docent à l'Université de Vienne, traduit et annoté par le Dr Paul Raugé. Paris, Delahaye-Lecrosnier, 1 vol. in-8°. . . . . 7 fr.

Le Gérant : MASSON.

Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 24, rue du Bouloi (Cl.) 54.5.88.

